الطب النفسي المبسط

دكتور
طارق بن علي الحبيب

مؤسسة حورس الدولية

الطب النفسى المبسط

الطب النفسى المبسط

تأليف

الدكتور جيمس ويليس

استشارى الطب النفسى سابقًا بمستشفى قايز التعليمى – لندن

الدكتور جون ماركس

استشارى الطب النفسى بمستشفى هالتون العام – بريطانيا

ترجمة

الدكتور طارق بن على الحبيب

أستاذ مشارك واستشارى ورئيس قسم الطب النفسى

كلية الطب والمستشفيات الجامعية – جامعة الملك سعود بالرياض

مؤسسة حورس الدولية

ويليس ، جيمس .

الطب النفسي المبسط ، تأليف / جيمس ويليس ، جون ماركس . - ترجمة / طارق بن علي الحبيب - الرياض .

٣١٣ ص ، ١٧ × ٢٤ سم .

تدمك ٣ـ ٩٨٦ ـ ٠٥ ـ ٩٩٦٠.

١ - الطب النفسي .

٢ـ العلاج النفسي أ ـ ماركس ، جون (م . مشارك)

ب‍ـ الحبيب ، طارق علي (مترجم) .

ج - العنوان .

٦١٦,٠٨

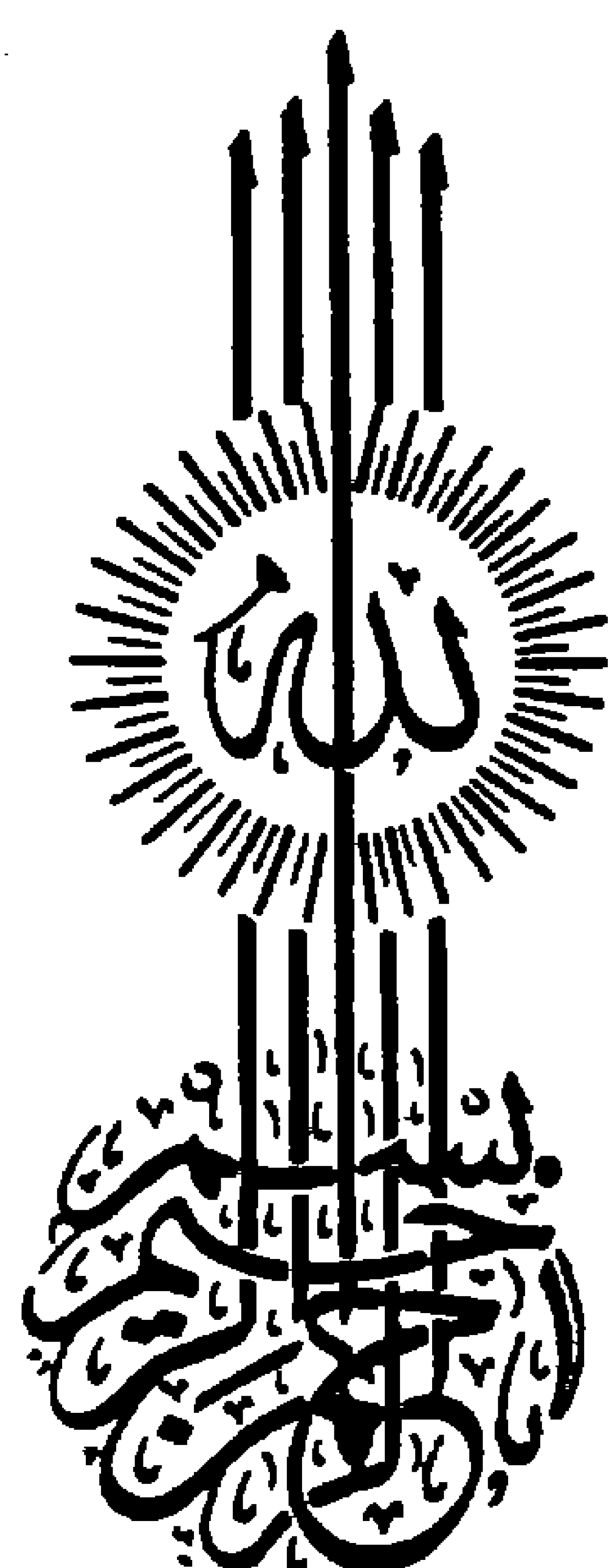
الإخراج الفنى وفصل الألـوان
وحدة التجهيزات الفنيـة بالمؤسسـة

إشراف علم: إدارة النشر بمؤسسة حورس الدوليـة

مديــر النشـــر مصطفـــى غنيـــم

الترقيم الدولى I.S.B.N	رقم الإيداع بدار الكتب	طبعة
9960 - 05 - 986 - 3	1255	2013

مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع
الإسكندرية ١٤٤ شارع طيبة - سبورتنج ت: ٥٩٨ ٣٠ ٥٩ - فاكس: ١٧١ ٢٢ ٥٩
Email: Horus.alex@hotmail.com Mob.: 01223293638
Horus.alex2007@yahoo.com


الله
بسم الله الرحمن الرحيم

إهـــداء

إلى كل أستاذ...

علمني درساً في هذه الحياة

إلى كل قارئ...

ينشد إدراكاً أكثر للطب النفسي

إلى جميع زملائي الأفاضل...

في قسم الطب النفسي بكلية الطب والمستشفيات الجامعية بالرياض

أهدي هذا الجهد المتواضع.

المترجم

المحتويات

الموضوع | الصفحة

مقدمة المترجم

الحمد لله رب العالمين، والصلاة والسلام على نبينا محمد، وعلى آله وصحبه أجمعين ..... وبعد:

فنظراً لشكوى طلاب كلية الطب من عدم وجود مرجع ميسر في الطب النفسي باللغة الإنجليزية يمكنهم الرجوع إليه دون الحاجة إلى الغوص في بطون أمهات كتب الطب النفسي، فقد عزمت على تأليف كتاب مختصر، أجمع فيه ما يجب على الطالب معرفته في هذا التخصص، وذلك بأسلوب مبسط خال من التعقيد العلمي.

وقد بدأت بالفعل في جمع وكتابة مادة ذلك المؤلف، وخلال تلك الفترة وقعت يدي على الطبعة السابعة من كتاب *"Lecture Notes On Psychiatry"* لمؤلفيه جيمس ويليس وجون ماركس. وفي الحقيقة لقد أعجبني ذلك الكتاب نظراً لبساطة لفظه وشموليته، إضافة إلى صغر حجمه، فرأيت أن أرشد طلابي إليه، وأكتفي به عن التأليف.

ولكن شكوى أولئك الطلاب لم تتوقف، فهم دائمًا يشتكون من صعوبة مصطلحات الطب النفسي، ومن عدم قدرتهم على استيعاب مادته مقارنة بغيره من المقررات الدراسية في كلية الطب.

وحينما نظرت في ذلك الأمر مليًا وجدت أن السبب الأساسي ربما يكمن في أن هذا الفرع من العلوم يؤدي ثمرته المرجوة لو درسه الطالب بلغته التي نشأ عليها، وذلك لأن هذا العلم يرتبط بالنفس البشرية ومشاعرها وأحاسيسها، ولا يتعامل مع الأمور بمادية بحتة كما هي الحال في العلوم التطبيقية. ولذلك فقد شددت العزم على ترجمة كتاب "*Lecture Notes On Psychiatry*" ليكون مدخلاً لطالب الطب إلى مقرر الطب النفسي.

ونظراً لأن المثقف العربي بحاجة إلى زيادة وعيه بالأمراض النفسية من مصادرها الأصلية، خصوصاً ونحن نعاني من النظرة السلبية تجاه الطب النفسي، فقد حرصت على استخدام أبسط لفظ وأيسر عبارة ما أمكن، كي يتمكن من الاستفادة من هذا الكتاب أكبر عدد ممكن من المتخصصين وغير المتخصصين.

كما حرصت، أيضًا، على تحديث بعض المعلومات، وتصحيح ما وجدته من أخطاء، وإضافة بعض الحواشي التي أرى أنها ربما تيسر على القارئ، بدرجة أكبر، إدراك محتوى هذا الكتاب.

ولقد قمت بترجمة آخر طبعة من هذا الكتاب (الطبعة السابعة) والتي نشرت في عام ١٩٩١م رغبة في تقديم أحدث ما توصل إليه العلم . وحرصت، في ترجمتي، على أن أشير إلى المصطلح بلفظه الإنجليزي بعد ذكره باللغة العربية، حتى أيسر على القارئ تداول هذه المصطلحات. كما أنني ألحقت في آخر الكتاب فهرساً مختصراً لتلك المصطلحات.

وفي الحقيقة واجهتني صعوبات كثيرة في ترجمة هذا الكتاب، وذلك لأن الطب النفسي بوصفه علمًا قد جمع بين ثلاثة أمور: الجانب العلمي الطبي البحت، والجانب اللغوي الأدبي، والجانب النفسي والتي اندمجت جميعها في قالب واحد. ومما زاد الصعوبة، أيضاً، أنني حرصت على الترجمة بأبسط لغة كي يستفيد أكبر عدد ممكن من القراء.

ولقد اجتهدت في أن أكون مترجماً لا معرّباً، وأن أنقل الكلمة بمعناها العربي المباشر إلا أن يكون هناك لفظ معرب دارج أرى أنه من الأيسر استخدامه فحينئذ ألجأ إليه، مثل إكلينيكي بدلا من سريري ترجمة لكلمة "*Clinical*". وفي أحيان أخرى قد أقدم الخطأ الشائع على الصواب المهجور تفاديًا لسوء الفهم مثل استخدام كلمة "تقييم" بدلاً عن "تقويم".

كما حرصت، أحياناً، على أن استخدم أسهل لفظ، ولو كان نادر الاستخدام، إذا كان يوصل المقصود ويسهل الفهم مع الإشارة للاستخدامات الأخرى كل في موضعه مثل هلوسات وهلاوس وكذلك نفسي ونفساني.

كما اعتبرت في الترجمة ذلك الخلاف بين علماء الترجمة العرب حول ترجمة بعض الكلمات ولذلك فقد حرصت على عدم التناقض ما أمكن.

ولقد اعتمدت في ترجمتي على عدد من القواميس المعتبرة مثل القاموس الطبي الموحد المنشور تحت إشراف مجلس وزراء الصحة العرب، وقاموس حتّي الطبي، وقاموس الدكتور وليم الخولي المشار لاسمه في حاشية هذه المقدمة، وكذلك معجم علم النفس والتحليل النفسي الذي أشرف عليه وراجعه الدكتور فرج عبدالقادر طه.

وفي الواقع أن المترجمين من العرب القدامى[1] كانوا أقل تعقيداً من المحدثين، فقد كانوا يترجمون اللفظ الأجنبي إلى لفظ عربي طالما تيسر ذلك، وإلا عمدوا إلى إيراد اللفظ الأجنبي مع تحوير طفيف يجعل نطقه مستساغاً في

(١) للمزيد حول مساهمات الرواد من العلماء المسلمين الأوائل يمكنك مراجعة كتاب المترجم "لمحة موجزة عن تاريخ الطب النفسي في بلاد المسلمين" (المترجم).

السياق العربي. فمثلا لم يترجموا "*Philosophy*" إلى " محبة الحكمة" وإنما عربوها إلى فلسفة وبذلك استطاعوا أن يأتوا بمشتقات الكلمة، مثل فيلسوف ويتفلسف وفلسفي وهكذا(٢).

ولا يسعني هنا إلا أن أتوجه بالشكر الجزيل لكل أخ أو زميل أكرمني بنقده البناء أو أهدى إلي ملاحظة أو أعارني شيئا من كتبه وقواميسه.

ولعلني أختم مقدمتي هذه بما ختم به الفيروز آبادي مقدمة كتابه "القاموس المحيط": "والله أسأل أن يثيبني به جميل الذكر في الدنيا وجزيل الأجر في الآخرة، ضارعا إلى من ينظر من عالم في عملي أن يستر عثاري وزللي، ويسد بسداد فضله خللي، ويصلح ما طغى به القلم، وزاغ عنه البصر، وقصر عنه الفهم، وغفل عنه الخاطر، فالإنسان محل النسيان، وإن أول ناس أول الناس، وعلى الله - تعالى - التكلان"

وصلى الله وسلم على نبينا محمد وعلى آله وصحبه أجمعين.

د. طارق بن علي الحبيب

---

(٢) *Ashort encyclopaedia of psychology and psychiatry by Dr . William El - kholy, first edition, 1976 Dar Al - maaref.*

مقدمة الطبعة السابعة

لقد كان لي شرف المشاركة في تأليف الطبعة السابعة لكتاب د. جيمس ويليس "محاضرات مختصرة في الطب النفسي"[1] وتنقيحها. و يبرهن تكرار طباعة هذا الكتاب على مدى رواج هذه السلسلة الميسرة مما دعاني إلى المحافظة على نمط الطبعات السابقة ومحتواها، مع تحديث بعض المعلومات حينما تدعو الضرورة لذلك.

ولقد أسهبنا الحديث في الفصل الخامس الذي يتحدث عن الاضطرابات العصابية واضطرابات الشخصية من أجل تقديم نموذج مبسط ومفهوم لموضوع يجده الطلاب وحتى الأطباء غامضاً وصعب الفهم . ولهذا الأمر مزاياه وعيوبه، لكنه على الأقل يقدم أساساً ونموذجاً للطلاب حول كيفية التفكير والنظر في الصفات والخصائص البشرية.

وأحب أن أشكر على وجه الخصوص د. نيل سيمبسون من مستشفى مانشستر الملكي لمشاركته في الفصل الثامن، وكذلك زميلتي د. ما رجريت

---

(١) هذا هو العنوان الأصلي للكتاب ولكن رأيت أن تعديله إلى "الطب النفسي المبسط" ربما كان أنسب، خصوصًا وأن هذا الكتاب ليس موجهاً فقط إلى طلاب الطب. وحفظاً لحق المؤلف فقد أبقيت على اسم الكتاب الأصلي فوق صفحة الغلاف (المترجم).

وأحب أن أشكر على وجه الخصوص د. نيل سيمبسون من مستشفى مانشستر الملكي لمشاركته في الفصل الثامن، وكذلك زميلتي د. مارجريت بامفورث لمشاركتها في الفصل التاسع، وكذلك د. جيمس هيجنز من مركز الطب النفسي الشرعي في ميرسي لملاحظاته حول الفصل الحادي عشر.

وأخيرا فإن أفكار د. جيمس ويليس ولمساته في الطبعات السابقة مازالت تسري عبر الكتاب، إضافة لمساعدته المباشرة لي، وتوجيهاته ونقده، وكذلك مشاركته في فصل: "اضطرابات الأكل".

جون ماركس

تمهيد

(مقدمة في الطب النفسي)

كثيرا ما يقول طلاب الطب إنهم يجدون الطب النفسي ممتعاً، لكنه مخيب للآمال فهو ممتع لأنه مادة سريرية (إكلينيكية)، ويبدو أن جميع الطلاب يحبون ذلك، وهو مخيب للآمال لأنه - كما يقولون من حين لآخر -: إن الطب النفسي يبدو غامضاً ومشوشاً. كما ينفرهم منه، أيضاً، عدم وجود قاعدة واضحة للمعرفة الطبية النفسية [1]، وكذلك تلك الخلافات القائمة بشأن التشخيص والعلاج.

وليس الهدف من هذا الكتاب أن يكون نصاً شاملاً، ويتضح ذلك من خلال صغر حجم الكتاب وإسقاط بعض الموضوعات منه . وإنما كان الغرض من تأليفه هو العمل على إجابة ذلك النوع من الأسئلة التي يبدو أن الطلبة بحاجة إلى أجوبة سريعة لها عندما يشرعون في دراسة مقرر الطب النفسي، إذ أنهم سوف يواجهون بعض الصعوبات؛ لأنه يتعين عليهم أن يتعلموا لغة جديدة ويكتسبوا

---

(1) توجد الآن بعض الأنظمة التصنيفية التشخيصية التي تضع معايير واضحة ومحددة ومتفقاً عليها لتشخيص كل مرض نفسي على حدة مثل *DSM IV , ICD 10* (المترجم).

مجموعة جديدة من مفاهيم المرض إذا كان لديهم - في الأصل - أية نية في الاحتفاظ باهتمامهم في الطب النفسي. وغالباً ما تتقاعس همم الطلبة عن محاولة التعلم تلك ، مما يجعلهم يعانون من قصور في فهم الأمراض النفسية.

ويبقى تدريب طلاب الطب موضوعاً مطروحاً للمناقشة والبحث والمراجعة، ولكنه لم يخرج ـ في أغلب الأحيان ـ عن كونه مجرد إعداد الطالب لمواجهة أولى خالية من الحذر والتروي في ممارسة الطب النفسي. ويرى الطلاب أن الطب النفسي هو علم غير متجانس ومنقسم على نفسه، ممّا يجعلهم مبالغين في نزعتهم تجاه الطب النفسي، خصوصاً إذا كانت أفكارهم تعززها تلك المعلومات الخاطئة التي ما تزال متاحة من مصادر عدّة دون قيد أو شرط.

وثمّة معضلات لم يتم حلها حتى الآن تتعلق بالأمور التي ينبغي تدريسها للطلاب. ففي حين تحبّذ بعض المدارس الطبية الأسلوب الإكلينيكي الذي يعتمد على الأسلوب التقليدي في التشخيص والمعالجة والتنبؤ بمآل المرض، فإن مدارس أخرى تفضل استخدام مبادئ علم النفس الذي يبيّن للطالب كيف يمكن التحكم في السلوك البشري من خلال عمليات تتم في اللاوعي، كما يربط كذلك بين تلك العمليات وبين العلاقات الشخصية وأثرها في أساليب حياة الناس وسلوكهم.

وفي المقابل تقترح بعض المدارس الأخرى أن يُعرَّف الطلاب في وقت مبكر على العلاج النفسي، لأن ذلك سيزودهم بأمثلة حية عن علل النفس البشرية. لكننا ومع وجود هذه الخلافات في الرأي ــ لأن أحدًا لم يثبت حتى الآن ما هي احتياجات الطلاب ــ فإننا نشهد على الأقل بدايات تدريب طلاب الطب التي

يتم التأكيد فيها على أهمية المريض كفرد وككائن اجتماعي، وليس مجرد النظر إليه على أنه مجموعة من الأنظمة الميكانيكية.

وقد يكون تدريب طالب الطب موضعاً للمناقشة والبحث والمراجعة، لكن ذلك التدريب ـ في واقع الأمر ـ لا يزوّد الطلاب بالاستعداد الكافي لاستيعاب مفاهيم الطب النفسي وأفكاره بيسر وسهولة.

وفي البداية يجد الطالب أنه من الضروري أن يعيد تفحّص مفهومه الشخصي لمعنى المرض. فالطالب حتى الآن لا يجد صعوبة في إدراك أن المرضى المصابين بأورام أو كسور أو مرض السكر أو غير ذلك من الأمراض العضوية أنهم أناس مرضى.

وفى المقابل يبدو المريض النفسي غالباً بصورة طبيعية في نظر الطالب، وقد ينكر المريض جميع الأعراض، وليست هناك إعاقة واضحة، إلى أن يأتي الوقت الذي يتم فيه اكتشاف أن سلسلة من المعتقدات الخيالية الوهمية تهيمن على الحياة العقلية للمريض، وتسيطر على كل شؤون حياته مما يؤدي به في النهاية إلى التنويم في المستشفى الذي ربما حدث ضد رغبته. ما الذي يمكن استنتاجه من ذلك؟ هل المريض معتل؟ وهل هناك عدد كبير من المرضى من هذا القبيل؟ وإذا كان الأمر كذلك، فما علّتهم؟

إن الطب النفسي يُعنى بهذا النوع من المرضى، وكثيرين غيرهم ممّن يشتركون فيما بينهم بوجود تلك الاضطرابات التي تؤثر في سلوكهم وانفعالاتهم وتفكيرهم وإدراكهم. ولعل أهم تلك الأمور هو معرفة أن المرض النفسي يحدث إذا أصبحت هذه الاضطرابات تغيرات حقيقية تدوم وتتجاوز الحدود المقبولة عموماً للحالة السوية، وأصبح المريض يشكو ويتضايق منها، وأصابته بسببها

الحيرة والارتباك، فحينها فقط نجد مسوّغاً في اعتبارها أعراضاً نفسية؛ وهذا هو الإطار النفسي للدلالة. وبإمكاننا صياغة ذلك بصورة أقرب إلى الاصطلاح بقولنا إننا نتعرف على المرض النفسي عند المريض من خلال فحص:

١ - السلوك.

٢ - المزاج.

٣ - الإدراك الحسي.

٤ - محتوى التفكير.

٥ - مستوى الذكاء. ⎫

٦ - الذاكرة. ⎬ الوظائف المعرفية

٧ - التركيز. ⎪

٨ - اهتداء المريض وإدراكه للمكان والزمان.[٢] ⎭

ويعتمد التشخيص الإكلينيكي على ملاحظة الفاحص لوجود أي شذوذ في تلك الوظائف.

ومن الممكن التعرف على مظاهر الاضطراب النفسي دون صعوبة كبيرة، كما يمكن أن نعزو الصعوبة التي يلقاها الطالب عند فحصه مريضاً نفسياً إلى ما يلي:

١ - نقص المعرفة الكافية بطريقة الفحص.

٢ - قلة الممارسة.

---

(٢) الاهتداء *(Orientation)*: هو وعي الفرد الزماني والمكاني والشخصي، أي إدراكه ودريانه بموقعه في الزمان (مثل معرفته اليوم والتاريخ وفي أي وقت هو من أوقات اليوم وغير ذلك)، وفي المكان (أي معرفته للمكان الذي يقيم فيه)، وكذلك معرفته الأشخاص الذين من حوله (المترجم).

وما نرمي إليه في هذا الكتاب هو أن نقدم دليلاً عملياً ومبسطاً للغة الطب النفسي ومتلازماته المرضية (*syndromes*).

وعلى الطالب أن يتذكر دوماً:

١ - أن يصغي بعناية لحديث مريضه.

٢ - أن يسجل بدقة جميع المعلومات التي تتعلق بمريضه.

٣ - أن يتجنب التأويل والتخمين فيما يتعلق بقصد المريض.

٤ - أن يستقي التاريخ المرضي من أكبر عدد ممكن من الأشخاص الذين يعايشون المريض.

٥ ـ أن يقتصر على استخدام المصطلحات التي يفهمها.

تصنيف الأمراض العقلية

يرتكز التصنيف المثالي بصفة عامة على أسباب المرض (*Aetiology*). وفي الطب النفسي نادرًا ما يكون سبب المرض معروفاً إلا في بعض الاضطرابات العضوية مثل: الشلل العام للمجنون (زهري الدماغ) (*GPI*) والهذيان الارتعاشي (*Delirium Tremens*). ولذلك فإن التصنيف في الطب النفسي يرتكز على الطريقة الوصفية، أي أنه يرتكز على السمات السائدة الملحوظة للمتلازمة (مثل: القلق والاكتئاب). ومع أن هذا الأمر غير مرض لكن لا مفر منه في الوقت الحاضر. وتكمن خطورة الطريقة الوصفية في إمكانية حصر الاسم المعطى لمتلازمة ما (مجموعة أعراض متزامنة) على حالة مرضية محددة.

وعلى سبيل المثال فإننا ربما نتحدث عن الفصام (*Schizophrenia*) دون افتراض أن هناك حالة تدعى الفصام، وذلك لأننا إذا قصرنا هذه الكلمة على ذلك المعنى، فإن ذلك سيقيد من إجراء المزيد من البحث.

وكما أسلفنا فإن التصنيف ربما كان غير مرض، لكنه ضروري، لأنه يتوجب علينا تحقيق نوع من النظام التصنيفي. وقد تم استخدام العديد من الأنظمة التصنيفية، التي كان بعضها أكثر قبولاً من البعض الآخر. وسوف نستخدم في هذا الكتاب التصنيف التالي؛ وهو تصنيف إكلينيكي[٣] وبسيط للغاية، كما أنه يتسم بالكفاية:

١ – الاضطرابات الوجدانية (*Affective Disorders*):

أ) حالات الاكتئاب (Depressive states)

ب) الاضطراب الوجداني أحادي القطب وثنائي القطب.

٢ – الفصام (*Schizophrenia*):

أ) الفصام البسيط (Simple Schizophrenia).

ب) فصام المراهقة (Hebephrenic Schizophrenia).

جـ) الفصام التخشبي (Catatonic Schizophrenia).

د) الفصام الزوراني (فصام البارانويا) (Paranoid Schizophrenia).

٣ – المتلازمات العضوية:

أ) الهذيان والهذيان دون الحاد (Delirium and Subacute Delirium).

ب) الخَرَف (Dementia).

٤ – الاضطرابات العصابية (العصاب) (*Neuroses*)

أ) القلق (Anxiety)

---

(٣) أي يعتمد على نوع الأعراض وطبيعتها (المترجم).

ب) الهستيريا (Hysteria).

جـ) الاضطراب الوسواسي (الاستحواذي)(Obsessional Disorder) .

د) توهم المرض (Hypochondriasis).

٥ – اضطراب الشخصية (Personality disorder) :

أ) الشخصية الشاذة (غير السوية) (Abnrmal Personality).

ب) الاعتلال النفسي (Psychopathy).

٦ – الإعاقة العقلية (الخلل العقلي).

الفصل الأول

التاريخ المرضي
تعريف بعض المصطلحات
الفحص الإكلينيكي

The History - Some Terms Defined-
The Examination

مقدمـــة

إن التاريخ المرضي النفسي - ككل تاريخ مرضي آخر - هو محاولة لتدوين وصف دقيق لمرض من الأمراض. ويتم الحصول عليه بالطريقة المعتادة، لكن ينبغي تعديل تلك الطريقة بعض الشيء بحيث تسمح للمريض برواية شكواه مع الحرص - ما أمكن - ألاّ يسبب ذلك له شيئاً من الضيق والحزن.

إن شعور المريض بالضيق والتعاسة عند حديثه عن أعراض مرضه أمرًا مألوفًا لأن التاريخ المرضي يتطرق غالبًا إلى موضوعات مؤلمة. وينبغي أن يُسمح للمريض أن ينطلق من أية نقطة شاء عند سرد تاريخه المرضي بدلاً من الالتزام بمجموعة محدّدة من الأسئلة لأنه سيكون هناك وقت فيما بعد لفرز المعلومات التي تم جمعها وتصنيفها.

المقابلـة الأولـى

ينبغي للفاحص أن يسعى إلى الحصول على تاريخ كامل للمرض بقدر الإمكان في هذه المقابلة، لكن هذه الطريقة قد لا تبدو عملية، ولا تتصف باللطافة والتهذيب. وقد تكون المقابلة الأولى حدثًا يتمتع بأهمية كبيرة بالنسبة للمريض الذي يحتمل أن يشعر بالرهبة منها، ويستعد لها على مدى أيام، كما يُتوقع أن يظل متذكرًا لها بعد انقضائها.

وينبغي للطبيب - بعد أن يضع ذلك نصب عينيه - أن يفعل كل ما هو ممكن لجعل المريض يتقبل هذه المقابلة، ويقاوم رغبته الجامحة في طرح الأسئلة على مريضه بأسلوب رجل القانون، الذي يستجوب متهمًا أمامه.

كيف يتم استنباط تاريخ المرض؟

كثيرًا ما يشكو الطلبة من أنهم لا يعرفون ما الأسئلة التي يجب أن يوجهوها إلى المريض؟ ويفاجؤون عندما يقوم فاحص أكثر خبرة منهم باكتشاف حقائق تكون قد فاتتهم. والإجابة عن هذه الصعوبة بسيطة نسبيًا، فتاريخ المرض ما هو إلا سلسلة من الإجابات المنقحة التي استمدت من استبانة مفصلة، لكنها غير منظمة. ومن خلال الممارسة المستمرة يعرف الخبير ما الأسئلة التي يحتاج أن يبحث لها عن إجابة؟ وبالتالي يستطيع أن يكوّن لنفسه استبانته الخاصة.

إن الاستماع إلى الزملاء الآخرين أثناء مقابلتهم لمرضاهم لهو خير إيضاح لذلك، وهي تعدّ بالفعل طريقة جيدة لتعلم الحصول على تاريخ مرض ما، لكن هذه الطريقة غير مستخدمة بما فيه الكفاية.

الأعراض والعلامات

إن أساليب ظهور المرض النفسي وأعراضه تختلف في أغلب الأحيان من مريض إلى آخر؛ إذ قد يشكو أحد المرضى من أعراض جسدية، بينما يورد مريض آخر قصة عن اضطهاد الآخرين له، في حين يتذمر مريض ثالث من تبدّل المزاج وضعف التركيز. وفي بعض الأحيان ليست لدى بعض المرضى أي شكوى على الإطلاق، وينكرون جميع الأعراض. وهنا يؤخذ تاريخ المرض من الأقارب الذين يحكون قصة مختلفة تمامًا.

العلاقة بين الطبيب والمريض

تبدأ العلاقة بين الطبيب والمريض مع دخول المريض عبر باب العيادة. فقد تكون تحية المريض الأولى تحية ودية، أو عدائية، أو ممتزجة بالريبة والشك، كما يمكن أن تتسم فقط بالحياد. ومهما تكن طبيعة تلك التحية، فإن الطبيب يصبح في موقف يكون لتصرفه فيه دور في خسارته أو كسبه للكثير. وليس ثمة بديل للطف والمودة، ولا مجال لتبني موقف المعرفة الزائفة بكل شيء، كما يجب قبول المرضى كما هم دون إخضاعهم لأحكام تقييمية. فالمريض الثرثار ينبغي أن يسمح له أن يسرد قصته بحرية في البداية، ومن ثم يتم توجيهه إلى المجالات التي يود الطبيب معرفتها، كي يحصل على تاريخ شامل للمرض. أما المريض المتحفظ فإنه يحتاج إلى التشجيع، وإن كان هذا في العادة صعبًا، لكن يجب ألا يبالغ في التشجيع إلى الحد الذي يضع الطبيب فيه الكلمات في فم المريض.

دور التاريخ المرضي في التشخيص

هناك اتجاه حديث لدى بعض الأطباء النفسانيين يتمثل في انتقاد طريقة التشخيص في الطب النفسي، وكذلك التساؤل عن جدوى تطبيق (النموذج الطبي) على المرض النفسي. وهناك جانب كبير من الصحة في العديد من تلك الانتقادات، إذ أنه ليس مجرد استشارة امرئ ما لطبيب نفساني يجعل ذلك المرء مريضاً بصورة تلقائية، وهو الأمر الجدير بالذكر، لأن بعض الأطباء النفسانيين يحملون تلك القناعة الخاطئة.

ويجب أن يبقى الطب النفسي موضوعًا إكلينيكياً يكون فيه التدريب الطبي التقليدي على التشخيص وغيره، مثل ما هو قائم في التخصصات الأخرى، أمرًا ذا فائدة واضحة دون الإفراط في تقييمه. وما تزال الطريقة الإكلينيكية حتى يومنا هذا طريقة إنسانية وعملية. ولكن ينبغي أن نعرف، أيضاً، أن على الطبيب أن يدرك مدى تأثير العوامل الشخصية والنفسية والاجتماعية في مضمون المرض، وليس في نموذج المتلازمات الإكلينيكية التي هي موضع التشخيص.

ولعلنا نحسن الصنع دائما إذا تذكرنا تلك الثغرات الكبيرة في معرفتنا للأمراض النفسية، وقاومنا الرغبة في إخفائها بوضع نظريات شمولية تلقي ضوءا على كل شيء، ولا توضح شيئا سوى كونها على الدوام فرضيات غير مجربة وغير قابلة للاختبار.

ويتم التشخيص من خلال فحص الحالة العقلية للمريض، كما يساهم التاريخ المرضي في فهمنا لحالة المريض العقلية التي تعتبر مؤشرا للتشخيص. ويستغرق الحصول على التاريخ المرضي زمنا ليس بالقصير؛ فليس بوسع الفاحص معرفة ما يكفي عن المريض خلال خمس دقائق أو حتى خمسين دقيقة.

ولهذا فإنه ليس ثمة مكان للتشخيص الفوري في الطب النفسي ولا في الممارسة الطبية الأخرى، بل إنه في الطب النفسي ــ بوجه عام. يثبت في النهاية أنه ليس هناك تشخيصٌ محدد على الإطلاق. ويمكن عزو معظم الأخطاء التشخيصية إلى ضعف المهارة في جمع تاريخ المرض.

خطة جمع تاريخ المرض

يجب استخدام خطة منهجية لتدوين تاريخ المرض، ولا يعني ذلك أن على الفاحص أن يجمعه بالترتيب التالي:

الشكوى

ينبغي أن تنحصر في عرض موجز لشكوى المريض. وإذا لم تكن هناك ثمة شكوى عند المريض ففي عرض موجز لسبب إحالته إلى الطب النفسي.

تاريخ العائلـــة

ينبغي أن يتضمن تاريخ العائلة بعض الشيء عن الوالدين، وتعدادًا للإخوة والأخوات، مع الملاحظة الدقيقة لبعض التفاصيل مثل: أعمارهم، ومهنهم التي يزاولونها، وما يعانونه من أمراض، وأسباب وفاة من مات منهم. كما يجب أن يشمل - ما أمكن - وصفًا لأية أمراض نفسية حدثت لأحد من أفراد العائلة. كما يتعين الحرص دائمًا على توجيه أسئلة مباشرة عمّا إذا سبق أن حدثت أية حالات صرع أو جنوحية أو إدمان للكحول أو إساءة استخدام للعقاقير، أو انتحار أو محاولة للانتحار لدى أحد أفراد العائلة. ويجب أن يوضح تاريخ العائلة أيضاً بعض المعلومات عن الحالة الاجتماعية والعلاقات الشخصية بين أفراد الأسرة.

التاريخ الشخصي

يجب أن يبدأ هذا الجزء من تاريخ المرض بذكر تاريخ ميلاد المريض ومكانه. كما يجب تسجيل أية معلومات متوفرة عن نمو المريض في مراحل طفولته الأولى، مع إشارة خاصة إلى حالته الصحية أثناء الطفولة وأعراض العصاب التى يكون قد عانى منها ومعالم النمو المبكرة[١] *(Mile stones)*. وبعد ذلك يتم تدوين بعض الشيء عن تحصيله العلمي دون التركيز فقط على ذكر الحقائق، مثل أسماء المدارس التي تعلّم فيها، والسن عند التخرج من كل منها، وإنما العمل كذلك - إن أمكن - على بيان إنجازات ذلك الفرد في المدرسة وعلى تقدير مدى علاقاته الاجتماعية، وما إلى ذلك. ثم يتم بعد ذلك النظر في المهن التي مارسها ذلك الفرد حسب ترتيبها الزمني، مع الإشارة للأجور التي كان يتقاضاها والمكانة التي اكتسبها نتيجة ممارسته لتلك المهن.

وتأتي أهمية هذه التفاصيل في أنها قد تلقي بعض الضوء على شخصية المرء قبل المرض، وكذلك على تطور المرض، لأن الأداء الوظيفي يتأثر عادة بالمرض النفسي الذي ربما كان بذاته هو شكوى المريض مثل قوله: (لا يبدو أنني قادر على مواصلة عملي.. ولابد من تغيير عملي.. ولا يمكن أن أستقر في أية وظيفة). ومن المفيد، أيضاً، ذكر بعض الشيء عن العلاقات الشخصية للمريض مع رؤسائه وزملائه في العمل.

تاريخ الطمث والتاريخ الجنسي النفسي

(Menstrual and psychosexual history)

ويشمل تاريخ الطمث المعتاد[٢] مع إضافة موضوعات جنسية نفسية مثل كيفية حصول المريض على معلوماته الجنسية، ومدى تنوع ممارسته وتكرارها،

---

(١) يراد بها تحديد العمر الذي يبدأ فيه الطفل في الكلام والجلوس والوقوف والمشي والتحكم في عمليات الإخراج وغيرها من علامات النمو ومظاهره (المترجم).

(٢) مثل: متى بدأت الدورة الشهرية، وكم تستغرق في العادة، وهل يصحبها ألم أو نزف شديد، وهل هي منتظمة، وغير ذلك من التفاصيل (المترجم).

وكذلك تخيلاته الجنسية *(Fantasy)*. كما ينبغي تدوين التاريخ الزواجي مع الإشارة لتفاصيل الخطوبة، والزواج، وحالات الحمل ونتائجها. ويجب أن يكون هناك دائماً استقصاء دقيق للاضطرابات النفسانية التي قد تحدث أثناء الحمل وبعده.

تاريخ الأمراض الجسدية السابقة

يتم تسجيلها حسب التسلسل التاريخي لحدوثها، مع ذكر بعض التفاصيل لحالات الدخول إلى المستشفى، والعلاجات التي تلقاها المريض.

تاريخ الأمراض النفسانية السابقة

يتم تسجيلها حسب التسلسل التاريخي لحدوثها.

شخصية المريض قبل المرض (premorbid personality)

يجب السعي في إعطاء وصف دقيق - بقدر الإمكان - لشخصية المريض قبل المرض. وهو أمر صعب للغاية، لأن طرق وصف الشخصية تعاني من قصور كبير. وفي الواقع فإن أنجح وصف للشخصية قبل المرض ليس هو ذلك الوصف الذي يقتصر على ذكر صفة أو صفتين للمريض قبل مرضه، وإنما هو ذلك الوصف الذي يعطي صورة متكاملة عن الشخص مكونة من بضع فقرات.

وصف المرض الحالي

ينبغي أن يكون وصفا مفصلاً ومتسلسلاً للمرض منذ بدايته وحتى اللحظة التي يقابل المريض فيها الطبيب. ويجب أن يكون هناك دائماً وصف دقيق لتسلسل التغير في الأعراض المرضية لدى الشخص وكذلك شكل التغير وسرعته.

الفحص الطبي النفساني (The Psychiatric Examination)

إن فحص المريض لا يقتصر على فحص الحالة العقلية، وإنما يتضمّن كذلك

فحصًا جسديًا شاملاً، إضافة إلى الفحوصات والتحاليل المخبرية اللازمة حين تدعو الحاجة لذلك. ويتبين في النهاية أن كثيرًا من الأشخاص المحالين إلى الطبيب النفساني يعانون من مرض جسدي مرافق، أو من مرض آخر كان سببًا في تأثر حالتهم العقلية مثل: الأورام الدماغية والخزل (الشلل الخفيف العام) *general paresis)* والتصلب المتنشر[٣] *(Disseminated Sclerosis)*، والخزب[٤] *(Myxoedema)*. وللفحص الجسدي أيضًا أهميته البالغة في طمأنة الشخص الذي يتوهم المرض.

لغة الطب النفساني: تعريف بعض المصطلحات

قبل المضي في التفاصيل المتعلقة بكيفية فحص الحالة العقلية ووصفها، نورد فيما يلي قائمة بالمصطلحات الشائعة الاستخدام في الطب النفساني.

القلق (*Anxiety*)

وهو شعور بالخوف أو التوجس، والذي يرافقه عادة اضطراب لا إرادي. وقد يشعر الأفراد الأصحاء بالقلق، حينما يواجهون بعض التوتر النفسي مثلما يحدث عند الامتحانات، لكنه لا يعتبر قلقًا مرضيًا إلا عندما يتخلل الحياة النفسية للفرد ويعمها.

---

(٣) هو ذلك المرض الذي تزول فيه مادة المايلين من مناطق متفرقة في المخ والحبل الشوكي، ويحدث في أوقات مختلفة على شكل نوبات، أو ربما يصاب به المريض بصفة مستمرة. ويظهر هذا المرض بأعراض عضوية مختلفة (كزغللة العينين والحول وألم العين والدوار وصعوبة البلع وتصلب الأطراف وغيرها) وكذلك بأعراض نفسية مختلفة (كالاكتئاب والهوس والخرف) (المترجم).

(٤) هي الوذمة المخاطية وهي تجمع السكريات المخاطية في الأنسجة تحت الجلد، والتي تصاحب عادة ضعف إفراز هرمونات الغدة الدرقية (المترجم).

الاكتئاب (*Depression*)

وهـو اضطـراب مرضـي في المـزاج يشبـه الحـزن أو الأسـى. ويوصـف الاكتئاب بأنه تفاعلي (*reactive*) عندمـا يـمكن عـزوه إلى سبـب معـين، وبـأنه ذاتـي المنشأ (*endogenous*) عندما يظهر على نحو غير متوقع. ويرافق تغير المزاج اضطراب في النوم والنشاط والتفكير.

الخَرَف (*Dementia*)

وهو تدهور متزايد في القدرات المعرفية غير قابل للتحسن[٥]، ويحدث عادة بسبب مرض عضوي يصيب الدماغ (مثل تصلب الشرايين).

الهذيان (*Delirium*)

حالة عقلية عضوية يترافق فيها تغير الوعي مع فـرط النشـاط الحركـي المصحوب بالتململ والقلـق، إضافة إلى الهلاوس وانعدام القـدرة علـى إدراك الزمان والمكان و معرفتهما.

فقدان الشعور بالشخصية (*Depersonalization*)

شعور داخلي بتغير حقيقة الـذات، مثـل قـول المريض (فقـدت نفسـي الـتي أعرفها... أشعر كما لو كنت ميتا.... أشعر أنني غير حقيقي... إنني تختلف عما كنت عليه... ليتني أستطيع الاستيقاظ مما أنا فيه).

(٥) إلا حينما يكون سببه اضطرابا عضويا محددا مما يمكن شفاؤه مثل نقص الفيتامينات وضعف الغدة الدرقية والزهري وغيرها (المترجم).

فقدان الشعور بالواقع (*Derealization*)

شعور ذاتي بتغير حقيقة المحيط من حوله، مثل قوله : (يبدو كل شيء حولي غريبا كما لو كنت في حلم... لا تبدو الأشياء هي نفسها...) ويرافق هذا الشعور عادة الإحساس بفقدان الشعوربالشخصية.

الضلالة (*Delusion*)

هي اعتقاد خاطئ جازم لا يتناسب مع خلفية الشخص الاجتماعية والثقافية، ولا يمكن تصحيحه عن طريق الحجة والبرهان. وتتصف الضلالات الحقيقية بشكل عام بطابع زوراني (*Paranoid*)، ويدافع عنها المريض بإيمان واقتناع فائقين. ولذلك تعتبر الضلالة تجربة أولية وأساسية ينتج عنها إطلاق الأحكام الخاطئة. كما أن معايشة الضلالة الحقيقية والإحساس بها يسبق التعبير عنها بالكلام، ولذلك تكون عند التعبير عنها مبهمة غير قابلة للنقاش، مثل : (كنت أسير في الشارع ورأيت كلبا فعرفت على الفور من هيئة وقوفه أنني شخص غير عادي قدر له أن ينقذ الإنسانية).

الأفكار الضلالية (*Delusional Ideas*)

إن الأفكار الضلالية تختلف عن الضلالات الحقيقية (الأولية) في أنها بدلا من ظهورها على نحو غير متوقع فإنها تحدث في حالات اضطراب المزاج وبالإمكان تفسيرها في ذلك السياق.

وبذلك ينظر إلى الأفكار الضلالية الشديدة المتعلقة بالشعور بالذنب والإدانة والاضطهاد التي تظهر من شخص مصاب بالاكتئاب الذهاني على أنها

نتاج لحالة الاكتئاب التي يعاني منها . وبالطريقة نفسها فإن أفكار العظمة الضلالية والشعور بالقوة والأهمية لدى مريض الهوس تنشأ من مزاجه المتعش، وهو مزاج يتميز بفرط الثقة الممتزج بالبهجة واللامبالاة، والتي يمكن أن تتطور بسهولة إلى الحد الذي يشعر فيه المريض بأنه يمتلك قوة خارقة *(Omnipotence)*.

تطاير الأفكار (*Flight Of Ideas*)

وهو تسارع في التفكير وانتقال من فكرة إلى أخرى بشكل سريع وبدون وجود رابط واضح، والذي يشاهد على نحو مميز في شتى صور أمراض الهوس. وتحدث تداعيات الأفكار بشكل عرضي، ويتم تحديدها على سبيل المثال من خلال أساليب التورية والسجع. كما أنه من الممكن ملاحظة وجود بعض الروابط بين أفكار المريض وكذلك متابعة تطاير أفكاره.

الهلاوس[٦] *(Hallucinations)*

وهي إدراك حسي يحدث في غياب منبه أو مثير خارجي (مثل سماع صوت صادر من المحيط الخارجي بالنسبة للشخص دون أن يكون هناك في الحقيقة أي صوت). وتعتبر الهلاوس شائعة على نحو خاص في حالات الفصام، حيث يسمع المرضى أصواتا تطلب منهم فعل أشياء، أو تعلق على تصرفاتهم، أو تصنهم بكلام فاحش أو قد تتخذ شكل همهمة دون كلام بين. ونصادف أيضا ظاهرة (سماع المرء لأفكاره منطوقة بصوت واضح) في مرض الفصام. ويمكن وصف الهلاوس بأنها نعاسية *(Hypnagogic)* إذا حدثت قبل الاستغراق في النوم، وبأنها طاردة للنوم *(Hypnopompic)* إذا حدثت عند الاستيقاظ من النوم[٧].

---

(٦) ويمكن أن تجمع الهلوسة على هلوسات (المترجم).

(٧) ليس لهذين النوعين من الهلاوس أية دلالة مرضية خاصة (المترجم).

توهم المرض (*Hypochondriasis*)

هو الاستغراق في توهم المرض والشك في وجود مرض خطير كالسرطان مثلاً، مع أن فحص المريض ونتائج تحاليله لا تشير مطلقاً لوجود ذلك المرض. وتشيع ظواهر توهم المرض في الاكتئاب، كما قد يتم مصادفتها بوصفها ظواهر غريبة شاذة في الفصام، وقد تكون أيضاً هي العرض الأساسي لحالة هستيرية. وليس من المتوقع أن يكون توهم المرض موجوداً على نحو مستقل، فهو في العادة مظهر لحالة طبية نفسية كامنة، أو اضطراب من اضطرابات الشخصية.

الخداع الحسي[٨] (*Illusion*)

وهو خطأ في الإدراك الحسي أو في تفسير ذلك الإدراك، ويحدث عادة في الحالات العقلية العضوية، وعلى وجه الخصوص في الهذيان. وعلى سبيل المثال قد يفسر مريض يعاني من الخداع الحسي وجود مبنى رآه من خلال النافذة على أنه باخرة على وشك الإبحار.

الأفكار المرجعية[٩] (*Ideas Of Reference*)

يعايش المريض ذو الأفكار المرجعية الأحداث، ويدرك مختلف الأشياء في محيطه باعتبارها ذات أهمية خاصة بالنسبة له. فقد لاحظتْ مريضة - مثلاً - أن جميع البرامج التلفازية التي شاهدتها قد أوحت لها - بطريقة غير عادية - أنه قد وقع عليها الاختيار دون غيرها لمراقبتها من قبل رجال المباحث.

---

(٨) يختلف الخداع الحسي عن الهلاوس بشكل أساسي بأنه يشترط لحدوثه وجود منبه أو مثير خارجي بخلاف الهلاوس التي تحدث بدون أي منبه أو مثير خارجي (المترجم).

(٩) هي أفكار ينسبها المريض إلى مرجع، بمعنى أن الفكرة تطرأ على باله، لأنه أحسَّ في بيئته شيئًا أو إشارة أوحت له بها (المترجم).

العصـــاب والذهان (*Neurosis and Psychosis*)

. على الرغم من سعة انتشار هذين المصطلحين فإنهما مازالا يفتقران إلى تعريف دقيق، مما يثير حولهما الخلاف. وثمة تعريف عملي وهو أن الأمراض العصابية هي حالات يسود فيها القلق مع تبدل طفيف في المزاج، ويكون المريض بالعصاب شديد الإدراك لمرضه ولا يفقد صلته بالواقع إطلاقا. وأما المريض الذهاني فإنه يفقد الصلة بالواقع، بالإضافة لشيوع تلك الأعراض الأكثر غرابة للاضطرابات النفسانية، كما يكون تغير المزاج عنده شديدا.

وفي الوقت الذي يتصف فيه مريض العصاب بالاستبصار بحقيقة مرضه، فإن المصاب بالذهان ليس كذلك. وبذلك يبدو أننا نبني تعريفاتنا للعصاب والذهان على مدى استفحال الأعراض وخطورتها أكثر من أي شيء آخر. ولسوف يستمر هذا الخلاف حول تعريف العصاب والذهان حتى يتم معرفة المزيد عن أسباب الأمراض النفسانية بصورة عامة.

الحركة المميزة (*Mannerism*)

وهي حركة معبرة إما في الوجه - بشكل خاص - أو في أي جزء من الجسم، يعتادها الفرد ويكررها من غير حاجة. وبينما تكون الحركات المميزة السوية ملائمة ومتناسبة مع حالة الفرد، فإن الحركات المميزة المرضية غير ملائمة (كما في الفصام مثلا).

الظواهر الوسواسية القهرية(*Obsessive Compulsive Phenomena*)

وهي ما يحتويه الوعي من الكلمات والأفكار والتعبيرات والتصرفات ذات الطابع البغيض المتكرر، والتي يحس بها المريض بوصفها جزءا من محتويات وعيه

غير أنه يقاومها. مثال ذلك: المريض الذي يشعر بأنه يتعين عليه أداء كل عمل من غسيل ولباس وأكل تسع مرات مثلا، وإلا أصبح قلقًا ومحزونًا.

زوراني (بارانوي) (*Paranoid*)

وهو مصطلح معروف على نطاق واسع في الطب النفسي، وقد أسيء استخدامه على نطاق كبير. وهذا المصطلح مشتق من كلمة إغريقية هي: *(Para Noos)* [١٠] معناها "شاذ أو بعيد عن المنطق". ولقد استخدم هذا المصطلح على مدى سنوات طويلة لوصف الأعراض التقليدية للذهان، وخاصة تلك الأعراض التي تشمل ضلالات العظمة *(Delusions Of Grandeur)* أو تلك الأعراض ذات الطبيعة التخيلية.

وقد تضمّن الاستخدام الحديث لهذا المصطلح معنى الاضطهاد، وبذلك تصبح الضلالات الزورانية (البارانوية) ضلالات اضطهاد وارتياب. كما يُنظر - أيضًا - إلى الأشخاص المفرطين في الحساسية على أنهم (بارانويون)، أي أن عندهم أفكار العظمة والشك والاضطهاد أو بعضاً منها. ويعود ذلك - بلا ريب - إلى كون أفكار الاضطهاد مألوفة في الذهان، وباختصار فإن: بارانوي = ذهاني = مضطهد. لكن هذه الطريقة غير صحيحة في استخدام هذا المصطلح الذي يجب أن يقتصر استخدامه على وصف الضلالات والأعراض المتزامنة المتصفة "بالاضطهاد، أو العظمة، أو التنازع، أو الغيرة، أو الحب، أو الحسد، أو الكراهية، أو الشرف، أو بما هو وراء الطبيعة" كما ذكر ذلك لويس *"LEWIS"* في عام ١٩٧٠م.

---

(١٠) هذه الكلمة مركبة من جزأين: *(Para)* وتعني هنا شاذا أو غير سوي، *(Noos)* وتعني العقل. وبالجملة فإن هذه الكلمة تعني شاذا عن المنطق (المترجم).

كما يجوز توسعة المصطلح بحيث يشمل وصفا لآلية الإسقاط[١١] *(Projection)* التي يفسر الشخص بها الأحداث، حتى التوافه منها، على أنها ضده أو موجهة إليه. ولكن ينبغي التأكيد على أن مصطلح (بارانوي) يستخدم لوصف الأفكار التي تبلغ درجة الذهان وليس مجرد الأفكار والمشاعر الحساسة التي هي جزء من المشاعر الطبيعية لدى كثير من الناس.

الشعور السلبي (مشاعر الوقوع تحت التأثير الخارجي) *(Passivity Feeling)*

وهو شعور المريض بأن جسده واقع تحت تأثير أو تحكم عوامل خارجية، وهي ظاهرة مألوفة في مرض الفصام.

الفصام *(Schizophrenia)*

وهو متلازمة مرضية يحدث بصورة أساسية عند الشباب. ويلاحظ على مريض الفصام اضطرابات ذات طابع خاص في التفكير والإدراك والانفعالات والسلوك. ويؤدي هذا المرض عادة إلى تفكك شخصية المريض وتدهورها.

اضطراب الفكر الفصامي *(Schizophrenic Thought disorder)*

هو نوع مميز من اضطراب التفكير لا يوجد إلا في مرض الفصام، والذي يتصف باضطراب جذري في استخدام المفاهيم عند التفكير. ويبرز ذلك جليا في كلام المريض، ويتضح من خلاله مدى فساد التفكير المنطقي لديه. وكثيرا ما يتمثل

---

(١١) الإسقاط: هو إلصاق الفرد لما في داخله من صفات أو مشاعر أو رغبات أو دوافع غير مرغوب فيها إلى أشياء أو أشخاص خارجيين. وهي حيلة دفاعية لا شعورية تسهل على الفرد الاصطراع مع دوافعه الداخلية. مثال ذلك: عندما نكره أحدا ما فإننا كثيرا ما نسقط كراهيتنا عليه، فنرى أنه هو الذي يكرهنا وليس نحن الذين نكرهه. ويقابل آلية الإسقاط آلية الاستدماج (Introjection) (المترجم).

اضطراب الفكر الفصامي ابتداء على شكل صعوبة في التفكير بصورة جلية، يسهم فيما بعد - في أشد حالاته - في تحويل كلام المرضى إلى تفاهات متناثرة (سَلطة كلامية). وقد أكد بعض الأطباء النفسانيين الألمان على الأهمية الإكلينيكية لوصف المريض لذلك الشعور الذي يتابه بأن الأفكار قد أُدخلت في رأسه، أو أنها قد سُحبت من رأسه، أو أنه يسمع أفكاره منطوقة بصوت واضح من مصدر ما خارج جسده. ويُنظر إلى هذه الأعراض عادة على أنها ذات أهمية أساسية في تشخيص الفصام.

توجيهات عامة تتعلق بفحص الحالة العقلية ووصفها

يمكن استنتاج علامات الاضطراب العقلي بمجرد أن يتم تعلم طريقة فحص الحالة العقلية، تمامًا كما يتعلم الطالب استنتاج العلامات الجسدية في مجال الطب العام. لكن على المتدرب أن يتجنب تلك الأسئلة التي توجه المريض نحو إجابة محددة، كما أنه من المهم، أيضاً، تفادي إعطاء تعليقات أو ملاحظات للمريض ربما تشتت أفكاره. وبهذه الطريقة يتجنب الطالب أن يفسر للمريض ذلك المعنى الظاهري لتجاربه ومشاعره، حيث إذا أن هذه المهمة يجب أن تُترك لذوي الخبرة.

كما ينبغي عدم الشعور بالضجر من المريض إذا لم يبد تعاونه، إذ يمكن عادة التغلب على عدم تعاون المريض ومقاومته ومراوغته بمعالجة الوضع معه بطريقة غير مباشرة. ويعد تدوين كلام المريض بشكل دقيق مفيداً للغاية، غير أن ذلك ربما يزعج المريض ذا الحساسية الزائدة.

وفيما يلي وصف للحالة العقلية

السلــوك

ينبغي للفاحص أن يحاول عند وصفه لسلوك المريض - وبقدر المستطاع - تقديم وصف دقيق لكيفية تصرف المريض أثناء المقابلة، والذي يتم ابتداء من خلال ملاحظة سلوك المريض بدلاً من التسليم به دون نظر أو تدبر. وتشمل النقاط التي ينبغي تدوينها:

١ - المستوى العام لوعي[١٢] المريض *(Consciousness)* .

٢ - إدراك المريض ووعيه *(Awarness)* لما يجري حوله.

٣ - مستوى تعاون المريض مع الطبيب الفاحص.

٤ - قدرة المريض على التواصل مع الطبيب الفاحص أثناء المقابلة.

٥ - تعبيرات وجه المريض السائدة ومدى ملاءمتها لحالته النفسية.

٦ - استخدام المريض للإيماءات *(Gestures)*.

٧ - مستوى نشاط المريض: مستمر أو متقطع، وهل يتحرك بحرية، أم يبدو مقيدًا.

٨ - وجود التهيّج *(Agitation)*.

٩- استخدام المريض لحركات مميزة أو حركات ملازمة *(Mannerism)*.

وينبغي أن نتذكر بأن هذه النقاط ليست قائمة كاملة لجميع الأمور التي ينبغي ملاحظتها، وإنما هي نقاط للاسترشاد بها فحسب.

الحديــث

إن من المعتاد أن نأخذ في اعتبارنا كلاً من شكل (نمط) حديث المريض ومضمونه. فالشكل هو أسلوب الكلام وطريقته، أي كيفية عرضه (متواصل أم

---

(١٢) الوعي *(Consciousness)*: هو حالة الإدراك واليقظة لدى الفرد (المترجم).

متقطع، سريع أم بطيء، إلخ). أما المضمون فيعني الموضوعات التي تهيمن على محتوى حديث المريض، وأبسط طريقة لفحص مضمون حديث المريض هي تقييم عينة حرفية منه.

المزاج

نحاول هنا التعليق على مزاج المريض من حيث الثبات والتقلب، وما مزاجه السائد عادة؟ مع التذكر بأنه في أحيان كثيرة لا يمكن صياغة وصف لمزاج المريض بكلمة واحدة، مثل "مكتئب". وهناك طريقة مفيدة للاستفسار عن مزاج المريض، وهي توجيه بعض الأسئلة إليه مثل: حدثنا عن أحاسيسك؟ أو كيف معنوياتك؟

محتوى التفكير

الضلالات

ويمكن استنباطها فقط عن طريق الاستجواب الدقيق. وفي حين يتحدث بعض المرضى بصورة عفوية عن ضلالاتهم ويعبرون عن نطاق واسع متنوع من الأفكار غير المنطقية، فإن آخرين يحتاجون إلى سؤالهم واستجوابهم. وكثيرا ما تكون الضلالات الزورانية (البارانوية) ذات طبيعة اضطهادية، ويتطلب استنتاجها أن يكون السؤال عنها متسما باللطف، لا يبعث شكوكا قوية لدى المريض. ومثال تلك الأسئلة: (هل يعاملك الناس كما يجب؟) أو: (كيف يتعامل الناس معك؟ هل لديك تصور؟) فمثل هذه الأسئلة تكون في أغلب الأحيان ذات فائدة في الوصول إلى التشخيص. كما ينبغي الاستفسار، كذلك، عن موقف

المريض من نفسه، وسؤاله عما إذا كان يشعر بأنه قد تغير بأي شكل من الأشكال، وهل يعتبر نفسه شخصا طيبا أم شريرا؟ فقد تساعد تلك الأسئلة على تلمس إحساس الشعور بالذنب واتهام الذات لدى المريض.

أفكار توهم المرض

من الجدير أن ندرك أن توهم المرض أمر شائع جدا بين المرضى النفسانيين. فالمريض المتوتر يعاني من قدر كبير من الخوف فيما يتعلق بالأعراض الجسدية للقلق مثل خفقان القلب. ومن ناحية أخرى، فقد يصاب المريض ذو الاكتئاب الشديد بحالة شديدة من توهم المرض، والتي ربما قد تفوت الطبيب الفاحص ما لم يدرك علاقة توهم المرض بالاكتئاب. كما قد توجد هذه الأفكار التوهمية في الأمراض الفصامية ولكنها حينها تبدو بصورة غريبة وشاذة.

الظواهر الوسواسية القهرية

ينبغي أن يستفسر الطبيب هنا عن العادات المتعلقة بمختلف جوانب الحياة اليومية للمريض. فقد يعتاد الشخص المصاب باضطراب الوسواس مثلا فعل طقوس أو ممارسات تتعلق بالنظافة والطعام وغيرهما. ويشعر المريض بأنه يجب عليه القيام بها مع أنها تسبب له كثيرا من الانزعاج. وفي أحيان كثيرة يشعر المريض بالخجل الشديد من هذا النوع من الأعراض ويجد صعوبة في مناقشتها. وتكون الأفعال القهرية *(Compulsions)* بمثابة الملازمات الحركية للوساوس.

اضطراب الإدراك (*Perceptual Disturbance*)

يقوم الفاحص هنا بتسجيل الهلاوس والخداعات الحسية، مع ملاحظة نوعية الهلوسة ومضمونها، وكذلك الظروف التي تحدث فيها.

اختبار القدرات المعرفية (*Cognitive Testing*)

الذاكرة (*Memory*)

عند مقارنة سرد المريض لتاريخه المرضي، بسرد أحد من معارفه للتاريخ نفسه، فإن ذلك يعطي تقييما لذاكرة المريض فيما يتعلق بالأحداث البعيدة العهد. كما أنه من الممكن بدقة وكفاءة اختبار قدرة المريض على تذكر الأحداث القريبة العهد، وذلك بأن يطلب منه تقديم و صف للأربع والعشرين الساعة الماضية[١٣]. وبالإمكان اختبار قدرة المريض على الاحتفاظ بالمعلومات الجديدة وإعادة سردها كما يلي:

١ - أعط المريض اسما وعنوانا ورقم هاتف، واطلب منه تكرارها مباشرة، ومن ثم تكرارها ثانية بعد خمس دقائق.

٢ - اطلب من المريض الاستماع إلى جملة ما، والتي عليه أن يعيدها بعد ذلك كما هي تماما، مثل: (ثمة شيء واحد يجب أن تحظى به الأمة كي تصبح غنية وعظيمة، وهو امتلاك كمية كافية ومأمونة من الخشب).

اهتداء وإدراك الزمان والمكان والأشخاص (*Orientation*)

يجب أن يسجل الفاحص مدى قدرة المريض علـ معرفة وقت الفحص وتاريخ اليوم[١٤] والمكان الذي يوجد فيه. كما يسجل أيضا ما يعتقده المريض فيما يتعلق بهويته، ومن الذين من حوله؟ بما فيهم الطبيب الفاحص .

التركيــز

ينبغي أن يسجل الطبيب مستوى انتباه المريض للأسئلة الموجهة له، وأن يختبر قدرة التركيز لدى المريض، وذلك بأن يطلب منه مثلا طرح العدد ٧ من

---

(١٣) هذه الطريقة ليست مناسبة لتقييم الذاكرة إلا إذا كان مع المريض مرافق على دراية بتلك الأحداث، أو كانت إجابة المريض غير مقبولة عقلا (المترجم) .

(١٤) وأي يوم من أيام الأسبوع (المترجم).

١٠٠ وأن يستمر في الطرح إلى الحد الذي لا يصبح لديه القدرة على المضي أكثر من ذلك، مع ملاحظة عدد الأخطاء والزمن المستغرق في الاختبار[١٥].

المعلومات العامة والذكاء

لتقييم "المعلومات العامة" يعمل الفاحص على تقدير مستوى المعرفة والثقافة العامة لدى المريض. وتشمل الأسئلة المفيدة في هذا الشأن أمورًا كثيرة مثل: درجة اطلاع المريض على الأحداث الجارية، وموضوعات الوقت الحاضر، ومعرفته بالشخصيات المشهورة من السياسيين والحكام.

أما الذكاء فمن الممكن تقييمه إكلينيكياً بصورة تقريبية، آخذين في الاعتبار خلفية المريض التعليمية وإنجازاته الوظيفية. وينبغي بذل بعض الجهد في تصنيف مستوى ذكاء المريض على إحدى هذه الدرجات:

١ - تحت المتوسط. ٢ - متوسط. ٣ - فوق المتوسط.

البصيرة (*Insight*)

إن تقييم بصيرة المريض بمرضه هو أصعب جزء في تقييم حالة المريض العقلية على الإطلاق، إذ أنه لا يعني مجرد سؤال المرضى عما إذا كانوا يعرفون أنهم مرضى أم لا - وإن كان إدراك المريض لوجود المرض هو بالطبع معيار مهم لدى الفاحص في قراره وتعليقه على مستوى نفاذ البصيرة لدى المريض - لكن على الفاحص، أيضاً، أن يعرف إلى أي مدى يدرك المريض نطاق مرضه؟ وما أثر ذلك المرض في الآخرين؟ كأفراد الأسرة والزملاء والمستخدمين.

---

(١٥) إذا كان المريض غير متعلم فإنه يختبر بأسئلة في حدود قدراته . مثال ذلك سرد أيام الأسبوع أو أشهر السنة بترتيب عكسي (المترجم).

وينبغي للفاحص أن يعرف، أيضًا، ما إذا كان لدى المريض أية فكرة حول الكيفية التي يبدو بها مرضه في نظر الآخرين، أو كيف يشعر بالنسبة لذلك المرض عندما يراه لدى الآخرين؟ كما يمكن إدراك بعض الشيء عن بصيرة المريض بمرضه من خلال آرائه حول خططه ومشاريعه المستقبلية وغير ذلك.

الاستقصاءات الخاصة

تشمل الاستقصاءات الخاصة للحالة العقلية استخدام اختبارات الوظائف النفسية. ومن الأهمية بمكان أن نشير إلى أنه لا يوجد اختبار نفسي مثالي، وهي حقيقة قد تفاجئ بعض الدارسين الذين يحملون أفكارًا غامضة عن علم النفس الإكلينيكي (وهو فرع من المعرفة المهنية مكرس للأبحاث النفسية)، والذي يمكن - إذا أُحْسِنَ استخدامه - أن يُوَضِّحَ المشاكل في مجال التشخيص، كما يوجه ويقيّم ويخطط للعلاج وإعادة التأهيل.

ويعتمد الاستخدام المتطور للقياس النفسي (*Psychometry*) على استخدام بطاريات الاختبار[١٦]، وعلى الانتقاء الدقيق لطرق الاختبار من قبل الاختصاصي النفسي وليس من قبل الطبيب. وكما أن العالم بوظائف الأعضاء (الفيزيولوجي) يمثل السند العلمي للطبيب العضوي فإن الاختصاصي النفسي[١٧] (*Psychologist*) يمثّل الشيء نفسه للطبيب النفساني (*Psychiatrist*).

وتشمل الميادين المشتركة للفحص الطبي النفسي قياس الذكاء وتقييم البنية الشخصية.

---

(١٦) هي مجموعة اختبارات تجمع نتائجها في درجة واحدة (المترجم).

(١٧) هو المتخصص في دراسة علم النفس وتطبيقاته. أما الطبيب النفساني فهو الذي درس الطب البشري بشتى فروعه، ثم اختار الطب النفسي مجالا لدراساته العليا (المترجم).

وتشمـل اختبـارات الذكـاء المستخدمة بكـثرة بطاقـات رافـن المتدرجـة (The Raven Progressive Matrices) ومقياس ميـل هيـل اللفظـي (Mill Hill Vocabulary Scale). وهـذه الاختبارات الموحـدة القيـاس تقيـم المقـدرة العامـة واللفظية، وهي بسيطة نسبيا في تطبيقـها سـواء على الأفـراد أو المجموعـات، كمـا أنها تعطي تقييما مقبولا لمستوى الذكـاء. ويعتبر مقيـاس (وكسـلر) لذكـاء الكبـار (The Wechsler Adult Intelligence Scale) (WAIS) اختبـارا آخر للذكـاء وهـو موحد القيـاس أيضـا، لكنـه أكثر شمـولا مـن المقيـاس السـابق، كمـا أنـه يشمـل اختبارات للأداء علاوة على الاختبارات اللفظية.

أمّا تقييم الشخصية فيعتمد قبل كل شيء على استبانات مصممـة لتحديد الأنماط المختلفة لبنية الشخصيـة، ومثـال ذلـك هـو (استبانة "منيسـوتا" للشخصيـة متعـددة المراحـل) "Minnesota Multiphasic Personality Inventory" (MMPI) الذي يتألف من أكثر من ٥٠٠ فقرة[١٨]. وقد صممـت الأسئلة بحيث تستحث لدى الخاضع للاستبانة مواقف واتجاهات يمكن تفسيرها على أنها تـدل على وجـود عناصر تكوّن في مجموعها بنية شخصية مخصوصـة، وبحيـث تكشـف أيضـاً عـن وجود عناصر تشبه على الأقل بعض المتلازمات النفسانية المرضية.

وهناك اختبار أكثر تعقيدًا وتطورًا وهو (استبانة "ميلون" الإكلينيكية متعددة المحاور) "Milton Clinical Multiaxial Inventory" (MCMI) الذي يقيس كثيرًا من الأبعاد النفسية للشخصية .

---

(١٨) بالضبط ٥٦٦ فقرة، ومع وجود محاولات متعددة لاختصاره، لكن لم يستطع أي منها أن يعطي الدقة ذاتها في النتائج (المترجم).

والبعد النفسي هو منحنى بياني متصل يمكن أن يختلف فيه الناس ، فالناس مثلا تتفاوت درجات ذكائهم ، ولديهم كذلك درجات مختلفة من الخجل. وكلا هذين الأمرين هما أمثلة على الأبعاد النفسية المألوفة ، وبالإمكان بناء مثل هذه الأبعاد من خلال استبانات افتراضية. ويبرر ذلك كون تلك الأبعاد مرتبطة بأمر مفيد من الناحية الإكلينيكية. وخير مثال على ذلك هو بعد "روتر" الخاص بمركز التحكم *(Rotter's Locus of Control)*، والذي يرى أن الناس لديهم دوافع داخلية أو خارجية بدرجة ما. فالشخص المدفوع بدوافع داخلية يدرك ما يريده من هذه الحياة ، كما يستطيع تحديد أهدافه ويسعى في تطبيقها. أما الشخص المدفوع بدوافع خارجية فإن مركز التحكم يتمركز خارجه ، فهو يستجيب للأحداث ، كما تستجيب كرة من الورق ملقاة في الشارع للرياح ، فالحياة بالنسبة لهذا الإنسان ما هي إلا سلسلة متقلبة من الحوادث العشوائية.

وينظر بعض الباحثين إلى بعض الأبعاد النفسية باعتبارها تقييماً مهما للشخصية. ومثال ذلك بُعدا الانبساط *(Extraversion)* والعصابية *(Neuroticism)* لدى "آيسنك" *(Eysenck)*.

وتستخدم مقاييس التقييم *(Rating Scales)* في البحوث العلمية وفي فحص الحالة العقلية. ومن الأمثلة على ذلك مقياس" هاملتون" للاكتئاب *(Hamilton Rating Scale for Depression)* الذي يتم من خلاله قياس مختلف أعراض الاكتئاب وعلاماته [(١٩)] ، واستبانة "جولد بيرج" للصحة العامة *(GHQ)* *(Goldberg's General Health Questionnaire)* التي تستخدم بشكل خاص في الممارسة العامة.

---

(١٩) هناك اختبار آخر لهاملتون شائع الاستخدام أيضاً يسمى "مقياس هاملتون للقلق" (المترجم) .

إن من الصعب تبديد الشك في أن القياس النفسي يتم رصده بواسطة التأمل الذاتي من جانب المريض. ولذلك تهدف مصفوفات المفاهيم *(construct grids)* التي وضعها العالم "كيلي" *(Kelly)* إلى تفادي ذلك من خلال سؤال المريض أن يحدد متغيراته المهمة، وكذلك بالتقييم الموضوعي لما يراه مهما. وتعتبر مصفوفات المفاهيم تطورا مثيرا للاهتمام، لكن الاختصاصيين النفسيين ما زالوا يواجهون صعوبة في تسخيرها للأغراض الإكلينيكية.

الاستقصاءات (الفحوص) المخبريـــة

ليست هناك فحوص مخبرية روتينية في ممارسة الطب النفسي، مع أن تصوير الصدر والجمجمة بالأشعة السينية وتحليل مصل مرض الزهري[٢٠]، ما زالت فحوصا مهمة يتعين إجراؤها لكل مريض، إضافة إلى صورة كاملة عن الدم وتحليل البول.

ولقد أدى ظهور التصوير الطبقي باستخدام الحاسوب إلى توافر واحد من أكثر الفحوص أهمية في تشخيص أمراض الدماغ العضوية. ومع أن التصوير الطبقي لا يعتبر حتى الآن فحصا روتينيا في ممارسة الطب النفسي، فإنه مما لاشك فيه أن استخدامه سوف يتزايد في هذا المجال. وتعتبر *الصورة الطبقية بالانبعاث* البوزيتروني *"PET scans"* تطورا جديدا في التصوير الطبقي. ويستخدم تخطيط الدماغ الكهربائي *(EEG)* عادة بغرض التأكد والتثبت من التشخيص. كما يعتبر التصوير بالرنين المغناطيسي *(Magnetic Resonance Imaging)* أيضا طريقة نافعة للغاية. وثمة قاعدة جيدة وهي أنه ينبغي أن يكون لدى الطبيب المبرر الكافي

---

(٢٠) ليس ضروريا تحليل مصل مرض الزهري إلا عند وجود ما يدعو لذلك (المترجم).

لاستخدامه أي فحص مخبري خاص[٢١]، بدلا من اللجوء إلى مجموعات متكاملة من الفحوص المخبرية الخاصة عند علاج أي مريض.

وفي الختام لابد من تلخيص أساسيات التاريخ المرضي وفحص الحالة العقلية في صياغة مبسطة، بحيث تقدم نبذة عامة عن التشخيص والعلاج المتوقع، وما يمكن أن يؤول إليه المرض:

كما يجب أن يتمتع الطبيب النفساني الحاذق بالقدرة على الصياغة الموجزة للحالة في جملتين أو ثلاث، كأن يقول مثلا: هذا نجار عمره ٤٤ عاما يعاني من الوساوس منذ عامين وليست عنده أمراض سابقة، وقد أصيب بهذه الوساوس بعد طلاقه، وبعد تلك الحياة الرتيبة المنتظمة التي كان يحياها في السابق. ومن المحتمل أن تكون هذه الحالة عصابا وسواسيا، لكنها قد تكون حالة اكتئاب، ولذلك فإنه ربما يستجيب للعلاج بعقار الكلوميبرامين *(Clomipramine)*.

ولتقديم مثل تلك الصياغة يلزم توافر عدة أمور مهمة هي:

١ - التشخيص التفريقي *(Differential Diagnosis)*.

٢ - مسببات المرض التي أمكن التعرف عليها.

٣ - شخصية المريض في فترة ما قبل المرض.

المراجـــــع

* *Lewis, A.j. (1970) paranoia and paranoid states. Pschological medicie, 1, 2-12.*

---

(٢١) بما في ذلك الفحوص المتعلقة باستخدام عقاقير ذات محاذير أو مضاعفات معينة (المترجم).

قراءات إضافيـــة

Asch, S. (1988). Social Psychology. Oxford University Press, Oxford.
Bebbington, P.E. and Hill, P.D. (1985). A Manaul of Practical Psychiatry. Blackwell Scientific Publications, Oxford.
Davis, D.R. (1984). An Introduction to Psychopathology. Oxford University Press, Oxford.
Fish, F.J. (1985). Clinical Psychopathology. John Wright, Bristol.
Fransella, F. (1976). Personal C onstructs. *Recent Advances in Clinical Psychiatry,* 2, 81.
Freud, S. (1989). *Psychopathology of Everyday Life.* Penguin, London.
Jaspers, K. (1968). *General Psychopathology.* Manchester University Press, Manchester.
Kendell, R. (1975). *The Role of Diagnosis in Psychiatry.* Blackwell Scientific Publications, Oxford.
Schneider, K. (1959). *Clinical Psychopathology.* Grune & Stratton, London.
Shepherd, M. and Zangwill, O.L. (1983). *General Psychopathology.* Cambridge University Press, Cambridge.
Trimble, M. (1985). New Brain Imaging Techniques and Psychiatry. *Recent Advances in* World Health Organization (1988), ICD-IQ, Geneva.

الفصل الثاني

الاضطرابات الوجدانية
Affective Disorders

مقدمة

تتصف الاضطرابات الوجدانية جميعاً باضطراب أولي في المزاج يتمثل في الحزن العميق، والشعور بالكآبة الشديدة، أو على النقيض من ذلك، حيث يتمثل في حالة من المرح الصاخب البعيد عن التبصر والتعقل. كما يمكن أن تظهر حالات أقل شدة، تعرف بالاكتئاب العصابي (Neurotic Depression) والتي ربما تؤدي إلى درجة مذهلة من المعاناة النفسية.

ويعد اضطراب المزاج هو القاسم المشترك الذي يجمع بين هذه الاضطرابات جميعاً، والذي يعد أيضاً مظهراً من مظاهر المرض عند استفحال اضطرابه وتجاوزه التقلبات المعتادة للمزاج، حيث إن تلك التقلبات المزاجية المعتادة تعد جزءاً من نسيج المشاعر النفسية الطبيعية. ولا يقتصر الأمر على كون اضطراب المزاج زائداً عن الحد فحسب، بل يفتقر، أيضاً، إلى التجانس مع حالة الفرد.

وهناك جانب مهم آخر يميز التغير المرضي في المزاج وهو أن ذلك النوع من المزاج لا يستجيب للمؤثرات الخارجية، إذ ليس من السهل طمأنة المريض المكتئب

ولا إدخال البهجة على نفسه. ومثله في ذلك أيضاً المريض المصاب بلوثة خفيفة من الهوس، فإنه لو شعر بشيء من نفور الآخرين بسبب ملاحظاتهم على سلوكه المفعم بالحيوية والمرح، فإنه نادراً ما يستجيب لها.

وتعد أية مظاهر أخرى تحدث في الاضطراب الوجداني - سواء كانت تتعلق بوظائف الأعضاء أم بالإدراك الحسي - هي مجرد مظاهر ثانوية تصب جميعها في بوتقة التغير الأولي في المزاج.

تصنيف الاضطرابات الوجدانية

كان "كريبيلين" (Krapelin) هو أول من وصف جنون الهوس الاكتئابي بأنه اضطراب يتناوب فيه التهيج والاكتئاب. ولم تقتصر نظرة الأطباء فيما بعد على اضطرابات الهوس الاكتئابي فحسب، بل أصبحوا أكثر إدراكاً للاكتئاب بصفته اضطراباً قائماً بذاته.

وكثيراً ما توصف حالات الاكتئاب بأنها تفاعلية أو ذاتية المنشأ، وبما أن هذين التعبيرين شائعا الاستعمال، فإن الواجب تقديم تعريف لهما، مع أن استعمالهما - في الواقع - أمر مثير للجدل.

ويُوصف الاكتئاب بأنه اكتئاب تفاعلي (Reactive depression) إذا تحققت فيه الشروط الآتية[1]:

١ - إذا كانت بدايته نتيجة حدث واضح في حياة المريض، مثل فقدان العمل، أو فسخ الخطوبة، أو الإخفاق في الامتحان، أو غير ذلك.

---

(١) حسب التصنيف الحديث *(DSM IV)* فإن هذه الشروط تنطبق إلى حد كبير على اضطراب التوافق *(Adjustment disorder)* رغم إمكانية حدوث الاكتئاب بأعراضه المعروفة تبعاً لها (المترجم).

٢ - إذا كان مضمون أعراض المرض متعلقا بالسبب دون سواه.

٣ - أن المرض لم يكن ليحدث لو لم يحصل الحادث المسبب له.

ويفضل العديد من المختصين استخدام مصطلح الاكتئاب العصابي *(Neurotic depression)* بدلاً من مصطلح الاكتئاب التفاعلي.

ويوصف الاكتئاب بأنه ذاتي المنشأ *(Endogenous depression)*:

١ - إذا ظهر على نحو غير متوقع دون أن يكون نتيجة حدث معين.

٢ - إذا كان هناك تقلب في المزاج خلال اليوم الواحد(٢).

٣ - إذا كان هناك اضطراب في النوم، وكذلك الاستيقاظ باكراً في الصباح.

إن من الصعب عملياً التمييز بين هذين النوعين من الاكتئاب، فما يبدو لأول وهلة اكتئابا (تفاعليا) يظهر بعد ذلك بأنه (ذاتي المنشأ)، نظراً لوجود تقلب في المزاج واستيقاظ المريض مبكراً وغير ذلك من أعراض الاكتئاب الذاتي المنشأ.

ولا يزال العرف الحالي في تصنيف الاكتئاب يعكس انقساماً في الرأي(٣). وبالإضافة إلى تصنيف الاكتئاب إلى نوعين: تفاعلي (عصابي)، والذاتي المنشأ، فقد فضل آخرون تصنيف الاكتئاب إلى نوعين: أولي وثانوي. وحالة الاكتئاب الأولي هي التي تنشأ في الظاهر بصورة تلقائية، ولا علاقة لها بأي مرض جسدي أو نفساني سابق أو حادثة غير سارة من أحداث الحياة.

وختاماً فإن من المعروف الآن أن هناك فروقاً بين مرض الهوس الاكتئابي (الاضطراب الوجداني الثنائي القطب) وبين الاضطراب الوجداني الأحادي القطب باعتبارهما أخطر الاضطرابات الوجدانية، حيث إن الاضطراب الوجداني.

---

(٢) حيث يكون الاكتئاب في أشد حالاته في ساعات الصباح الأولى (المترجم).

(٣) في بعض التصنيفات الحديثة (*DSM IV*) يصنف الاكتئاب حسب شدته ومدّته، وكذلك حسب وجود أو غياب الأعراض الذهانية، بغض النظر عن وجود سبب من عدمه (المترجم).

الأحادي القطب يكون دائماً من النوع الاكتئابي، ويدل على وراثة جينية مختلفة، واستجابة أفضل للعلاج، وربما أساس بيولوجي مختلف.

الاكتئـــاب

عند الإصابة بالاكتئاب يتغير المزاج فيصبح مشابهاً لحالة الحزن أو الأسى، لكنه تغير يستمر لفترة طويلة، خلافاً لتقلبات المزاج العابرة التي تعتري كثيراً من الأشخاص، استجابة لحالات الإجهاد المختلفة، أو من وقت لآخر خلال ساعات اليوم الواحد. والمهم في حالات الاكتئاب هو أن هذا التبدّل في المزاج يستمر لفترة طويلة، ويتجاوز هذه التغيرات العادية كماً وكيفاً، بالإضافة إلى وجود اضطرابات جسدية وانفعالية أخرى. وليس ثمة مبرر لتوسعة مفهوم الاكتئاب سعياً إلى تعليل كل ضرب من ضروب التعاسة التي يعانيها الإنسان على أنها لون من ألوان الاكتئاب.

ومن الصعب غالباً أن نميز بين الاكتئاب "الحقيقي" وبين حالات التوعك الباعثة على الحزن والكآبة التي تعتري ذوي الشخصيات الشاذة، أو أولئك الذين يلجؤون إلى المخدرات أو الكحول، أو الأشخاص الذين يعانون الأمراض المزمنة المؤلمة. فهذه الحالات تفوق التعاسة، غير أنها ليست اكتئاباً، وغالباً ما يشار إليها أنها حالات اكتئاب مقرونة بالقلق (Dysphoria).

وتشمل الأعراض المصاحبة للاكتئاب كلاً من:

١ - الأرق.

٢ - نقص النشاط أو انعدامه.

٣ - نقص اهتمام الفرد بنفسه ونقص اعتنائه بمن حوله.

٤ - نقص شهية الأكل.

٥ - نقص الوزن.

٦ - ضعف الرغبة الجنسية أو انعدامها، والعنّة (عدم انتصاب العضو التناسلي الذكري).

أسبـــاب المـــرض

معدل حدوثه و معدل انتشاره

يعد الاكتئاب اضطراباً شائعاً. ولقد بلغت نسبة استشارات الأطباء المتارسين العامين ٣١ في الألف (٣٪ تقريباً) بالنسبة للاكتئاب العصابي، في حين أن عمليات المسح السكاني تشير إلى معدلات أكبر من ذلك والتي بلغت١٥٪.

ويعد الاضطراب الوجداني الثنائي القطب والهوس من الاضطرابات الأقل شيوعاً مقارنة بالاضطرابات الوجدانية الأخرى[٤]، إذ يبلغ معدل حدوث كل منهما على التوالي ٠,٦ و ٠,٠٢٪ من عدد السكان العام.

الوراثـــة

كانت المحاولات المبكرة لتحديد العامل المورث لمرض الاكتئاب تبحث فى الفروق الجينية بين الاكتئاب الذاتي المنشأ والاكتئاب العصابي، لكن وجد أن بينهما تداخلاً كبيراً، مما جعل استمرار البحث في هذا الشأن يبدو أمراً متعذراً. وقد أشار"ليونهارد" (Leonhard) فى عام ١٩٧٩م إلى أنه من الممكن البحث

---

[٤] في التصنيفات الحديثة يصنف الاضطراب الوجداني الثنائي القطب والهوس تحت مسمى الاضطراب الوجداني الثنائي القطب (المترجم).

بصورة أفضل إذا تم تصنيف الاضطرابات الوجدانية إلى ثنائية القطب (الهوس الاكتئابي) وأحادية القطب (اكتئاب بحت) .

وبصورة عامة فقد دلت النتائج على أن كلاً من الذهانات الأحادية القطب والذهانات الثنائية القطب تنتقل بالوراثة مع قليل من التداخل فيما بينهما. وتختلف معدلات الإصابة بالمرض بيْنَ أفراد أسرة المريض. فقد وجد أنغست (Angst) في عام ١٩٦٦ م أنه فيما يتعلق بالذهانات الثنائية القطب فإن نسبة احتمال إصابة والدي المريض بهذا المرض هي ١٤،٤ ٪، وأن نسبة احتمال إصابة بقية الأقارب بهذا المرض هي ٢١،٥٪. أما في الاضطرابات الوجدانية الأحادية القطب، فقد وجد أن نسبة احتمال إصابة الوالدين هي ١١،٢٪، أما بقية الأقارب فهي ١٢،٢ ٪.

كما تدل الدراسات التي أجريت على التوائم على أن نسبة احتمال إصابة أحد التوأمين بالاضطراب الوجداني الثنائي القطب إذا أصيب التوأم الآخر تبلغ حوالي ٧٠٪ بين التوائم الوحيدة اللاقحة(٥) (Monozygotic twins) و١٩٪ بين التوائم المزدوجة اللاقحة(٦) (Dizygotic twins) من الجنس الواحد.

ويدل ذلك دلالة قوية على وجود تأثير جيني في الذهانات الثنائية و الأحادية القطب، والتي اتضح - كما أسلفنا - بأنها تنتقل بالوراثة إضافة إلى أنه من السهل نسبياً التعرف عليها وتحديدها. ولا يعرف نمط الوراثة على وجه التحديد، ولكن رأي الأغلبية في الوقت الحاضر هو أنه قد يكون نمطاً وراثياً

---

(٥) التوائم الوحيدة اللاقحة أو من لاقحة واحدة: أي تنمو من انقسام بويضة مخصبة واحدة (المترجم).

(٦) التوائم المتآخية أو المزدوجة اللاقحة : توائم تنمو من بويضتين منفصلتين (المترجم).

متعدد الجينات. و في المقابل ليس ثمة دليل حتى الآن على وجود عوامل جينية لها علاقة بالاكتئاب العصابي

الجنس

تصاب النساء في المجتمعات الغربية بالاضطرابات الوجدانية أكثر من الرجال، وذلك بنسبة ٢ : ١.

الطبقة الاجتماعية

كان الاعتقاد السائد، حتى الآن، هو أن الاضطرابات الوجدانية أكثر شيوعاً في الطبقتين الاجتماعيتين الأولى والثانية[٧] من السكان، بخلاف الفصام الذي يُعد أكثر شيوعاً في الطبقتين الاجتماعيتين الرابعة والخامسة. والذي ينبغي تذكره أن هناك عوامل اجتماعية أكثر دقة قد يكون لها على الأقل بعض الأثر في حدوث هذا المرض. فقد وُجد أنه على الأرجح - في الطبقات الاجتماعية العليا - أن يتعرف كل من المريض والطبيب على الاكتئاب.

وقد دلل: "هولنغزهيد" (Hollingshead) و"ريدلايخ" (Redlich) في عام ١٩٥٨م على إمكانية أن يكون هذا هو الحال في أمريكا، إذ أوضحا أن التشخيص والعلاج يتأثران تأثراً ملموساً بالانتماء إلى طبقة اجتماعية محددة. فقد وُجد أنه يتم تشخيص أفراد الطبقة العليا - بدرجة أكبر - على أنهم مصابون بالعصاب ويتلقون العلاج النفسي، بينما يتم تشخيص أفراد الطبقة الدنيا - على الأرجح - على أنهم مصابون بالذهان ويتلقون العلاج بالرجفة المحدثة كهربياً (ECT)، والذي يبدو أن الطبقة الاجتماعية هي التي كانت تحدد هذه النزعات في التشخيص والعلاج.

---

(٧) حسب العرف في بريطانيا فإن أعلى طبقات المجتمع هي الطبقة الأولى (المترجم).

كما دلت الدراسات[٨] التي أجريت مؤخراً على السكان في بريطانيا على تزايد حدوث الاكتئاب لدى الإناث اللائي ينتمين إلى الطبقة الاجتماعية العاملة، وخاصة أولئك اللائي أنجبن طفلين أو أكثر. وقد بلغت نسبة الإصابة بالاكتئاب ١٥-٢٠٪ من السكان الذين أجريت عليهم الدراسة.

ولقد بينت الدراسات الحديثة تزايد حدوث الاكتئاب في الطبقات الاجتماعية الدنيا أياً كان تعريفها.

البنية (*Constitution*)

١ - نمط الجسم: إن النمط السائد هو البنية المكتنزة *(Pyknic)*[٩]، والتي تتميز بصغر الأطراف وزيادة حجم الصدر والبطن. ويطلق على مثل ذلك الشخص (السيد بيكويك) *(Mr. pickwick)* لمماثلته لبنية السيد "بيكويك" الوارد ذكره في إحدى الروايات العالمية .

٢ - الشخصية: ثمة نمط من أنماط الشخصية معروفة بتقلب المزاج - تسمّى الشخصية الدورية[١٠] *(Cyclothymic personalityu)* ، والتي تتلازم بشكل كبير مع الاضطراب الوجداني. ويتصف كثير من المرضى الذين يُصابون بالهوس بشخصية تتّسم قبل المرض بقدر من الابتهاج والنشاط الذي يفوق الحد الطبيعي، وهي التي تعرف بالشخصية ذات الهوس الخفيف *(Hypomanic personality)*.

---

[٨] التي قام بها براون وهاريس في أحد أحياء لندن (المترجم).

[٩] البدين القصير (المترجم).

[١٠] نمط يتميز بالتراوح بين حالات الاكتئاب و الفرح (المترجم).

الإجهــاد النفسي

غالباً ما تكون علاقة الاكتئـاب بالأسـباب الخارجيـة الظاهريـة غامضـة ومضللة. فقد تكون الأسباب التي يشكو منها المريض أو قريب له مجرد تعبير عن المرض نفسه. فعلى سبيل المثال: حضر شخص يعاني من الاكتئـاب بسبب فصله من العمل، وبعد الاستفسار الدقيق اتضح أن أعـراض الاكتئاب كانت موجودة لديه قبل فصله من الخدمة، وأنه قد فقد وظيفته نتيجة عدم كفاءته، وهذه الصفة (عدم الكفاءة والفصل من العمل) ما هي إلا مظهر من مظاهر الاكتئاب.

السن

يُعد سن المريض أحد العوامل المهمة في حدوث الاكتئاب، حيث إن بعض الفئات العمرية عرضة للإصابة بالمرض أكثر من غيرها. وأوضح مثال على ذلك هي الشيخوخة المصحوبة بالإحساس بالوحدة والخوف من الموت. وقد يكون سن الكهولة [١١] أيضاً نذيراً بالخطر، وخاصة بالنسبة للإنسان الذي كان يعمل بجد طيلة حياته ثم يصل فجأة إلى هذه السن ويدرك أنه لم يحقق ما كان يصبو إليه. وإذا صادف ذلك أيضاً فراق أولاده نتيجة لزواجهم مثلاً فسيكون الأمر أصعب تحملاً، والذي قد يعقبه ظهور اكتئاب شديد.

وتعد المراهقة في حد ذاتها فترة اضطراب، والاكتئاب في هذا السن ــ وإن كان نادراً ــ يكون في العادة شديداً عندما يحدث. أما أشد حالات الاكتئاب فتحدث عادة بعد سن الستين.

---

[١١] هي المرحلة العمرية التي تتراوح بين ٤٠ و٦٠ عاماً (المترجم).

العوامل الفسيولوجية المؤدية إلى الاكتئاب

١ - تعد الولادة - وهي حادثة ذات أهمية فسيولوجية ونفسية - أول الأمثلة وأوضحها. فتغير المزاج أمر اعتيادي أثناء فترة النفاس، لكن الاكتئاب الشديد الحاد قد يحدث بالفعل أثناء تلك الفترة، والذي يتطلب تميزاً وعلاجاً عاجلين.

٢ - سن اليأس: وهو وقت التغير الهرموني والنفسي، وغالباً ما يصاحبه الاكتئاب.

٣ - قد تسهم الأمراض الحمية الحادة - مثل الأنفلونزا - في حدوث الاكتئاب.

٤ - يصاحب الاكتئاب عادة الأمراض المزمنة، خاصة تلك المصحوبة بالألم. ولسوء الحظ فإن هذا الاكتئاب يحدث على الأغلب دون التعرف عليه، مع أنه من الممكن علاجه مما يجعل تحمل المرض المزمن أمراً ممكناً.

٥ - اليرقان (*Jaundice*).

العوامل الاجتماعية

لعل العزلة الاجتماعية وانعدام الشعور بالأمان مع الإحساس بالوحدة واليأس المصاحب لذلك هي أسباب حدوث نسبة كبيرة من حالات الاكتئاب المزمن.

العقاقير

تؤدي كثير من العقاقير إلى حدوث الاكتئاب، والتى تشمل السلفوناميدات (Sulphonamides) وميثيل دوبا (Methyl dopa) وريزربين (Reserpine) وفينوباربيتون (Phenobarbitone) وكذلك حبوب منع الحمل، خاصة تلك التي تحتوي على نسبة عالية من البروجيسترون (Progesterone). كما يمكن أن تسبب

الستيرويدات[١٢] (Steroids) حدوث الاكتئاب والذي يحدث عادة أثناء الفترات الانسحابية[١٣] ؛ كما تشيع حالات الاكتئاب - أيضا - عند إيقاف تعاطي الأمفيتامينات. وقد تؤدي أيضا بعض العقاقير المضادة لمرض باركنسون (الشلل الرعاش) - مثل بنزهكسول - إلى حدوث الاكتئاب وحدوث حالات من التهيج وتشوش الذهن (Confusion) [١٤].

وهناك العديد من الأدوية المستخدمة لعلاج ارتفاع ضغط الدم تسبب الاكتئاب، كما أن بعضها الآخر يتداخل مع مفعول أدوية الاكتئاب[١٥] .

المظاهـــر الإكلينيكيـــة

تقلب المزاج

يعد تقلب المزاج عرضا أساسيا في جميع أنواع الاكتئاب. ومما يجدر ملاحظته أنه يجب عدم الخلط بين الاستخدام اللغوي الدارج، وبين الاستخدام الطبي لكلمة (اكتئاب). فعندما نتكلم عن الاكتئاب فإننا نشير إلى اضطراب نفسي محدد، والذي كان يعرف سابقا بالمالنخوليا[١٦]، وهي مصطلح مشتق من كلمة إغريقية معناها: زيادة خليط المرة السوداء[١٧]. ولذلك يجب أن لا يستخدم

---

[١٢] مثل الكورتيزون (المترجم).

[١٣] هي مجموعة من الأعراض والعلامات التي تحدث عندما يتم إنقاص كمية المخدر المتناولة، أو عند إيقاف ذلك المخدر وتستمر لفترة محددة (المترجم).

[١٤] وقد يؤدي البنزهكسول إلى حدوث الشعور بالانتعاش . وربما الهوس في بعض الأحيان ، والذي يحدث بنسبة أكبر من نسبة حدوث الاكتئاب (المترجم).

[١٥] والصواب أنها تتداخل مع بعض مضادات الاكتئاب (المترجم).

[١٦] ويطلق عليها أيضا: (السوداء) (المترجم).

[١٧] مستقاة من نظرية الأخلاط المعروفة في الطب الإغريقي القديم (المترجم).

مصطلح الاكتئاب على نحو واسع لوصف المشاعر العابرة كالحزن، والشعور بالغم.

ويؤثر المزاج المكتئب في حالة المريض العقلية بكاملها فتصطبغ بصبغة الاكتئاب. ولذلك فإن المريض يطلق أحكاما خاطئة أثناء معاناته من الاكتئاب الشديد، وهي أفكار ضلالية ناشئة عن مزاجه المكتئب، مثل أن يقول: إنه قد حكم عليه بالموت بسبب آثامه وذنوبه الكثيرة.

ويعد الاكتئاب الشديد من هذا النوع اضطرابا غير شائع، لكن الأكثر شيوعا هو اصطباغ نظرة المريض إلى الحياة بصبغة الاكتئاب العامة، إذ يظهر العالم ـ في نظره ـ مظلما وقاتما، بينما يبدو المستقبل متجهما، ويرى المريض نفسه فاشلا وغير جدير بالشفقة أو الحنان، ومن المحتمل، أيضا، أن يحاول الانتحار[١٨]. كما أن الشعور بالذنب وبعدم أهمية الذات هما من الأمور الشائعة جدا في الاكتئاب.

النشاط الحركي النفسي

يحدث التغير في النشاط الحركي النفسي في أعقاب تغير المزاج، إذ تكون حركات المريض بطيئة وثقيلة وكذلك حديثه، ويدعى ذلك بالتعوق (Retardation). ويكون المريض عادة مدركا لذلك، وغالبا ما يشكو من بطء التفكير وصعوبة التركيز. وبالإمكان اكتشاف هاتين الصفتين الأخيرتين عن طريق اختبارات بسيطة تقيم قدرة المريض على التركيز، مثل الطرح المسلسل المتكرر للعدد ٧ من ١٠٠.

---

[١٨] هناك دلائل إحصائية على انخفاض معدلات الانتحار في مجتمعاتنا الإسلامية مقارنة بالبلدان الأخرى، خاصة الغربية (المترجم).

ويظهر ضعف التركيز جليا في عمل المريض وفي دراسته، ويتأكد ذلك من خلال وصف زملائه له بأنه لا يقوم بعمله بالمستوى نفسه الذي كان عليه سابقا. وكذلك الحال بالنسبة لربة المنزل التي ترى العمل يتراكم في البيت، بينما تجلس هنا أو هناك في حالة يائسة عاجزة عن التركيز، وتعاني من الحزن والغم. وليس البكاء شائعا في الاكتئاب، بل الشائع أكثر هو قول المريض: (لقد تجاوزت المرحلة التي أستطيع فيها البكاء. لم أعد أستطيع البكاء.. ربما أشعر بالتحسن لو استطعت البكاء).

اضطراب النوم

يعتبر الأرق أمرا شائعا في الاكتئاب، والذي قد يظهر بصورة تأخر في النوم، أو النوم المتقطع، أو الاستيقاظ المبكر. ويعتقد أن الاستيقاظ المبكر هو أكثر أشكال اضطراب النوم شيوعا، حيث يستيقظ المريض في الساعات الأولى من الصباح، ولا يستطيع النوم بعدها، بل يبقى مستيقظا بضع ساعات قبل النهوض من فراشه دون أن يشعر بتجدد القوة والنشاط في بدنه. إضافة إلى ذلك فإنه كثيرا ما تحدث أحلام مزعجة للمريض أثناء نومه[١٩].

الاضطرابات الجسدية الأخرى

يفتقر المريض نهارا إلى النشاط والاهتمام بما اعتاد أن يهتم به، وتتناقص لديه شهية الطعام، والتي تؤدي غالبا إلى انخفاض وزنه. كما أن اللامبالاة وعدم الاهتمام ربما كانتا الأعراض الظاهرة للاكتئاب. ويشيع قلق توهم المرض عند مرضى الاكتئاب والذي يتركز بصفة خاصة في الأمعاء التي تصاب غالبا بالإمساك.

---

(١٩) غالبا ما يتميز الاكتئاب بالأحلام المحزنة، بينما يتميز القلق بالأحلام المخيفة (المترجم).

الأعراض النفسية الأخرى المصاحبة للاكتئاب

يكاد القلق يترافق مع كل حالات الاكتئاب، وليس ثمة ما يبرر العمل على فصل القلق إكلينيكيا عن الاكتئاب. ويعاني عادة كبار السن المصابون بالاكتئاب من التهيج (Agitation)، وهو فرط النشاط الذي يفتقر إلى الهدف ويصحبه التململ والقلق المتمثل في فرك اليدين وعدم القدرة على البقاء في مكان واحد. وقد يكون التهيج الذي يحدث في الاكتئاب شديدا في بعض الأحيان بحيث يشبه تهيج مرضى الهوس، لكنه يختلف عن تهيج الهوس بأن الوجدان يتسم باليأس والقنوط، كما قد تسيطر السمات الزورانية (البارانوية) على الصورة الإكلينيكية للاكتئاب، خصوصا عندما يصيب الكهول وكبار السن.

وربما تساهم الأعراض الهستيرية إما في إخفاء الاكتئاب أو في تعقيد صورته، وفي الحالة الأولى يمكن أن يكون الإخفاق في التعرف على الطبيعة الأساسية للاكتئاب أمرا خطيرا جدا، وخصوصا عندما يسهم العرض الهستيري في حماية المريض من دافع الانتحار.

ويعد توهم المرض (Hypochondriasis) أمرا شائعا جدا في حالات الاكتئاب، والذي قد يبلغ درجة الضلالة لدى المريض المصاب بالاكتئاب الشديد. ولعله ربما كان الأكثر شيوعا هو استشراء توهم المرض فيما يتعلق بالأعراض الجسدية المصاحبة للاكتئاب، مثل الإمساك. وكثيرا ما يكون توهم المرض هو الصورة التي يبدو بها الاكتئاب، ولذلك فإنه قد يضع المريض مبدئيا تحت عناية طبيب يلجأ إلى إجراء العديد من الفحوص بدلا من استشارة الطبيب النفساني.

وباختصار يمكن القول إن وجهات النظر الحديثة بشأن أعراض مرض الاكتئاب سواء وصف بأنه ذاتي المنشأ أو ذهاني أو أولي هي :

١ - أن سببها ذاتي (أي لا يوجد لها أسباب في المحيط الخارجي للفرد).
٢ - أنها تحتاج إلى العلاج الحيوي (البيولوجي).
٣ - أنها تفترض وجود تغير كيمائي حيوي في الدماغ.

وتوجد الآن دلائل قوية تفترض أن الأعراض الأساسية والأكثر أهمية في حالات الاكتئاب هي: التعوق الحركي النفسي و التهيج ولوم النفس ونقص التركيز، إضافة إلى تغير المزاج.

التشخيص التفريقي

إن أهم الاضطرابات الجسدية التي يجب استبعادها قبل تشخيص الاكتئاب هي:

١ - الوذمة المخاطية[٢٠] *(Myxoedema)*: إذ أن الاكتئاب والذهانات الزورانية (البارانوية) تعد بشكل عام مظاهر للاضطراب العضوي الكامن وراءها.
٢ - الشلل الرعاش *(Parkinsonism)*، إذ يعد الاكتئاب مرافقاً شائعاً له.[٢١]
٣ - الوهن العضلي الوبيل *(Myasthenia gravis)*.
٤ - مرض أديسون[٢٢] *(Addison`s disease)*.

أما أهم الحالات النفسانية التي يتعين تمييزها عن الاكتئاب فهي:

١ - الفصام: إن وجود اضطراب التفكير والضلالات الحقيقية يجعل تشخيص الفصام في بعض الأحيان بسيطاً نسبياً، لكنه يجب أن نتذكر بأنه قد تكون

---

(٢٠) هي الخزب. راجع صفحة ٨ (المترجم).

(٢١) في حوالي ٥٠٪ من الحالات (المترجم).

(٢٢) هو نقص إفراز بعض الهرمونات نتيجة تلف غشاء الغدة الكظرية. ويظهر هذا المرض بعدة أعراض عضوية وأخرى نفسية أهمها الاكتئاب (المترجم).

أعراض الفصام المبكرة اكتئابية تماماً في ظاهرها، ولذا فإنه من الأولى تشخيص الاكتئاب في فترة المراهقة بحذر شديد.

٢ - الخرف: يجب أن يسهم وجود علامات التدهور العضوي في جعل تشخيص الخرف أمراً ممكناً، مع أنه ربما تكون حالات الاكتئاب غير النموذجية مشابهة للخرف، إضافة إلى أنه ربما يحدث الاكتئاب بوصفه أحد مضاعفات الخرف.

مضاعفات الاكتئاب

١ - الانتحار ومحاولة الانتحار

يجب تقييم كل المرضى المكتئبين تقييماً دقيقاً بالنسبة لاحتمال إقدامهم على الانتحار. ولا ينبغي أبداً تجاهل تلك التهديدات بالانتحار التي يتلفظ بها بعض المرضى، بل يجب دائما تقييمها تقييماً دقيقاً. كما أنه من الأهمية بمكان أن نتذكر دائماً أن هناك عدداً من العبارات الخاطئة حول الانتحار لابد من رفضها. وأول هذه العبارات هي قول البعض: (إن المريض الذي يتحدث عن الانتحار لا يقدم عليه) فليس هناك أمر أبعد عن الحقيقة من هذا الاعتقاد. وهناك بعض المؤشرات المتفق عليها بشكل عام قد تدل على محاولة انتحار وشيكة الحدوث، وتشمل اضطراباً شديدًا في النوم مع تزايد القلق حوله، ومحاولة سابقة للانتحار، وحدوث محاولات انتحار في عائلة المريض، وحديث المريض وانشغال باله بالرغبة في الانتحار، وتوهم المرض بدرجة شديدة، ووجود مرض جسدي مصاحب، والعزلة الاجتماعية، والإحساس الدائم بالذنب واحتقار الذات.

ومما شاع مشاهدته في المستشفيات - في السنوات الأخيرة - وعلى نطاق واسع تناول جرعات زائدة من العقاقير بطريقة متعمدة، مما حدا بالبعض إلى

اقتراح نبذ مصطلح (محاولة الانتحار) بالنسبة لتلك الفئة من الناس واستبداله بمصطلح (تسميم الذات) (Self poisoning). وفي كل الأحوال، ومهما سميت هذه الحالة، فإنه يجب أن نتذكر دائما أن بعض الناس سيتعاطون بعض العقاقير - من وقت لآخر - كالحبوب المنومة بجرعات تفوق المستوى العلاجي في محاولة منهم للهروب من الواقع من خلال اللجوء إلى النوم العميق، وأيضا بصفتها طريقة لجذب انتباه الآخرين إلى مشكلاتهم الشخصية والاجتماعية.

ولا يعني ذلك أن جميع محاولات الانتحار تشكل حالة طوارئ نفسية خطيرة، وإنما يشير إلى أن كل واحدة من هذه المحاولات ينبغي أن يقيمها الطبيب مع الأخذ بعين الاعتبار كلا من الوضع الشخصي والاجتماعي للفرد.

٢ - سوء التغذية

٣ - استفحال مرض جسدي متزامن مع الاكتئاب وتفاقمه:

والذي قد يحدث أيضا بسبب الإهمال أوغيره، مثل السل الرئوي (الدرن) والداء السكري.

٤ - تعاطي المخدرات أو الكحول:

وقد يحدث ذلك في محاولة للتخلص من الاكتئاب.

العــلاج

يعد الاكتئاب أكثر الاضطرابات النفسية قابلية للعلاج. وفي هذه الأيام يتم علاج غالبية مرضى الاكتئاب في العيادات الخارجية، ويبقى التنويم في المستشفى ضروريا لعلاج حالات الاكتئاب الشديدة، وخاصة إذا كان من المحتمل أن يقدم المريض على الانتحار.

الإجراءات العلاجية العامـــة

يجب أن لا ينتظر الطبيب احتمالية انتهاء معاناة المريض بشكل تلقائي ، وذلك لأن معظم الأطباء النفسانيين يشعرون بحق أنه لا ينبغي إطالة معاناة المريض دون داع لذلك. كما يجب ، أيضا ، أن نتذكر أن الرعاية النفسية الجيدة وتسكين الألم تؤديان دائما إلى الراحة وظهور شيء من التحسن لدى المريض المكتئب.

العلاج العضوي

١ - العلاج بالرجفة المحدثة كهربيا (ECT)

ينظر إلى هذا العلاج على أنه علاج مفيد جداً في حالات الاكتئاب الشديدة ، ولكن استخدامه قد تدنى بعد ظهور العقاقير المضادة للاكتئاب. كما أن كثيراً من الأطباء النفسانيين قد بدؤوا يشكّون في القيمة الفعلية لهذا العلاج (انظر الفصل ١٣).

٢ - العقاقير المضادة للاكتئاب

وتشمل هذه العقاقير مضادات الاكتئاب (ثلاثية الحلقة) (Tricyclic antidepressants) ومثبطات إنزيم أكسدة الأمينات الأحادية (Monoamine oxidase inhibitors) . ويتضمن الفصل الثالث عشر من هذا الكتاب مناقشة أكثر تفصيلاً لبعض هذه العقاقير . وبصورة عامة فإن العقاقير (ثلاثية الحلقة) أوسع استخداماً من مثبطات إنزيم أكسدة الأمينات الأحادية نظراً لما تحدثه من آثار جانبية ، إضافة إلى أن دورها في علاج الاكتئاب لا يزال غير واضح.

ومما يجدر قوله إن الكثيرين يشككون في الوقت الحاضر أيضًا في فعالية مضادات الاكتئاب (ثلاثية الحلقة) نظراً للإفراط في استخدامها. ومع ذلك تبقى العقاقير المضادة للاكتئاب هي الركن الأساسي في معالجة الاكتئاب.

٣ - *العلاج النفسي (Psychotherapy)* ويكون في العادة علاجاً نفسياً تدعيمياً.

٤ - *العلاج بالعمل(Occupational therapy)*

٥ - *إعادة التأهيل (Rehabilitation)*.

٦ - *العلاج المعرفي (Cognitive therapy)*.

مآل المرض: *(Prognosis)*

من المعتاد أن تتكرر نوبات الاكتئاب، ولعل التداوي لفترة طويلة بالعقاقير المضادة للاكتئاب يساعد حقاً على تفادي انتكاس المرض، مع أنه ما زال مبكراً إثبات ذلك بصفة قطعية. ويبلغ عادة متوسط مدة علاج مريض الاكتئاب في المستشفى حوالي ستة أسابيع.

الهوس *(Mania)*

يُعد الهوس أقل شيوعاً من الاكتئاب، ويتّسم بكونه مرضاً حاداً، ويستغرق فترة محدودة. وفي الوقت الذي يُعد فيه الاكتئاب المزمن أمراً مألوفاً، فإنه لا يوجد ما يدعى الهوس المزمن. ويستخدم مصطلح الهوس الخفيف (Hypomania) لوصف الدرجات الخفيفة أو المعتدلة من الهوس.

أسباب المرض

١ - انظر (الاكتئاب).

٢ - الشخصية قبل المرض: نجد عموما أن المصاب بالهوس يمتلك إما شخصية دورية، أو أنه يكون أكثر نشاطا ومرحا من غيره (شخصية مهووسة هوسا خفيفا).

المظاهر الإكلينيكية

المزاج

يتسم مزاج مريض الهوس بالانشراح والمرح، بل ربما بالمرح الصاخب. ويوصف كثير من المرضى بأنهم مصابون بمرح صاخب يتعدى وينتقل إلى الآخرين، إذ ما يلبث الجميع من حولهم أن ينخرطوا معهم في الضحك. وهذا الأمر صحيح في أغلب الأحيان. غير أن هذا المرح الصاخب يختلط غالبا بالتهيج وبنوبات مفاجئة من الغضب، خاصة إذا اختلف معهم أحد. وينكر مرضى الهوس جميع الأعراض ويقولون إنهم أحسن حالا من أي وقت مضى، فهم متفائلون ولديهم خطط مفصلة للمستقبل، وليس مستقبلهم هم وحدهم فحسب، بل لكل من يهمه الاستفادة من تلك الخطط التي يعدونها.

وقد تكون الخطط في البداية معقولة إلى حد ما، مع أنها قد تبدو وكأنها موضوعة بحماس زائد، ولكن ما تلبث أن يظهر فيها العجب والخيلاء كلما ازداد تلاشي الحس النقدي لدى المريض. ولا يدرك مريض الهوس مدى انعدام بصيرته في القدرة على تقدير الأمور وتمييزها، وتعتريه، أيضا، تقلبات مفاجئة في المزاج مع نوبات عابرة من الحزن والبكاء[٢٣].

(٢٣) ولذلك يتردد ـــ خطأ ـــ بعض الأطباء المبتدئين في تشخيص ذلك المريض بالهوس نظرا لحدوث هذه النوبات العابرة (المترجم).

النشـــاط الحركي

ينشأ فرط النشاط الحركي في مرض الهوس بصورة طبيعية من إحساس المرضى بالسعادة الغامرة وبتدفق الحيوية والنشاط بلا حدود، حيث يستيقظون قبل غيرهم وينامون بعد أن يأوي أفراد الأسرة المنهكون إلى مضاجعهم بوقت طويل. وفي العمل تراهم ينتقلون من مشروع لآخر دون أن ينجزوا شيئاً يذكر. وتراهم يسرفون في الإنفاق ويشترون كثيراً من الأشياء بأنواعها المختلفة حتى مع عدم حاجتهم إليها. كما أنهم يسرفون، أيضاً، في اللباس، ويدعون إلى البيت أعداداً كبيرة من الأصدقاء الذين من غير المعتاد وليس من المتوقع مجيئهم. ومع تزايد النشاط تتناقص قدرة المرضى على التركيز حتى لا يعودوا قادرين على التركيز في أي شيء.

الحديـــث

يعكس حديث أولئك المرضى مزاجهم المرح ونشاطهم المتزايد. كما يزداد عندهم تدفق الكلام تدريجياً إلى أن ينهال بغزارة، منتقلاً وبسرعة من موضوع لآخر (تطاير الأفكار). وتترابط الأفكار بصورة عرضية، وغالباً ما تقدح زنادها التورية وتطابق قوافي الكلام. كما أنه من المألوف روايتهم للنكات والطرائف.

الضلالات

لا توجد ضلالات حقيقية، وإنما تتكون لدى مرضى الهوس أفكار ضلالية انطلاقاً من آرائهم المفرطة في التفاؤل حول الحياة بشكل عام. كما أنه ليس من النادر أن يتخذ مريض الهوس موقفاً زورانياً (بارانويا)، خصوصاً عند الاعتراض على خططه.

الاضطراب الجســـــــدي

١ - يكاد النوم ينعدم بسبب النشاط الزائد.

٢ - غالباً ما تزداد الشهية للطعام بشكل واضح دون زيادة في الوزن[٢٤].

٣ - زيادة الشهوة الجنسية.

٤ - إساءة استخدام الكحول.

كيفية بدء المرض

تكون بداية المرض في العادة بداية حادة، ويستمر في المتوسط ما بين ٦-٨ أسابيع. وكثيراً ما يحدث الهوس الخفيف دون التعرف عليه في البداية، ولا يلاحظ أقارب المريض سوى أن المريض أصبح مفعماً بالحيوية والابتهاج على غير عادته لبضعة أسابيع[٢٥]. وتستمر تلك الأعراض وتزداد حتى يأتي الوقت الذي تتضح فيه صورة المرض الكاملة. وقد تنتهي بعض نوبات الهوس فجأة، بينما قد ينقلب بعضها الآخر إلى حالة اكتئاب.

التشخيص التفريقي

١ - الفصام: من المفترض أن يؤدي وجود اضطراب جلي في التفكير وضلالات إلى سهولة تشخيص الفصام وتمييزه عن الهوس. وغالبا ما يكون صعبا من الناحية العملية تشخيص الفصام بشكل دقيق في حالات التهيج، لكن مرور الوقت في العادة يساعد في توضيح الصورة. ويحدث الهوس على شكل

(٢٤) قد تبدو الشهية للطعام منخفضة في الحالات الحادة جدا نظرا لفرط النشاط وعدم تمكن المريض حتى من الجلوس لتناول طعامه (المترجم).

(٢٥) أو ربما بضعة أيام (المترجم).

نوبات، يفصل بينها فترات من الشفاء التام؛ أما في الفصام فنادرا ما يكون الحال كذلك.

٢ - التهيج بسبب تعاطي العقاقير: مثل الأمفيتامينات ومشتقاتها.

العـــلاج

١ - التنويم في المستشفى

٢ - العناية بتغذية المريـــض. وذلك لأن المصابين بالهوس قد يكونون مفرطين في النشاط إلى الحد الذي يتوقفون معه عن تناول الطعام لبضعة أيام قبل إدخالهم إلى المستشفى، ولذلك فإنهم يصلون إلى المستشفى منهكي القوى بادية عليهم أعراض الجفاف. ونتيجة لذلك فإن حالتهم العقلية قد تكون أشد اضطرابا بسبب نقص الفيتامينات.

٣ - الدواء

(أ) **المسكنات** *(Sedatives)*: يمكن استخدام المسكنات مباشرة لتهدئة المريض الشديد التهيج، لكن هذه الطريقة تم استبدالها باستخدام مضادات الذهان *(Neuroleptics)*.

(ب) مضادات الذهان: تعتبر العقاقير المضادة للذهان ناجعة للغاية في تهدئة تهيج مريض الهوس. ومن بين العقاقير الشائعة الاستعمال لذلك الغرض:

١ - كلوربرومازين ***(Chlorpromazine)***: يمكن إعطاؤه في جرعات متفرقة قد تصل في مجموعها إلى غرام واحد خلال ٢٤ ساعة.

٢ - ثيوريدازين (ميليريل): *Thioridazine (Melleril)*.

٣ - **هالوبيريدول** ***(Haloperidol)***: يمكن إعطاء المريض المتهيج (٥) ملغ عن طريق العضل كجرعة أولى، وبعد ذلك يتم تكرار الجرعة كل ساعة إلى أن يهدأ المريض. ومن ثم يصبح بالإمكان معالجة المريض بجرعات أقل من ذلك بكثير تعطى عن طريق الفم.

٤ - **العلاج بالرجفة المحدثة كهربيا** ***(ECT)***: لهذا النوع من العلاج أهمية واضحة في علاج الهوس، والذي يستخدم عادة مع مضادات الذهان.

٥ - **الليثيوم** ***(Lithium)***: تم اكتشاف دور الليثوم بوصفه علاجا نفسيا في عام ١٨٩٧م وبسبب سمية هذا العقار فقد تدنت مكانته عند الأطباء لكن في علم ١٩٤٩م تجدد الاهتمام باستعماله ثانية. وتشمل الاستخدامات الحالية لعقار الليثوم ما يلي:

(أ) معالجة حالات الهوس الحادة.

(ب) معالجة حالات الهوس المتكررة.

(جـ) معالجة حالات الاكتئاب المزمن.

ويظهر أن لعقار الليثيوم مكانة بارزة في علاج الهوس الحاد، ولكن فعاليته في الوقاية من الهوس المتكرر أقل تأكيداً، إضافة إلى أن أثره في علاج الاكتئاب المزمن أمر يحيط به كثير من الشك. ويعطى الليثيوم على شكل كربونات الليثيوم في جرعات تتراوح عادة بين ٢٠٠ ـ ٦٠٠ ملغ ثلاث مرات في اليوم، ثم يتم تعديلها، بعد ذلك، إلى جرعة وقائية أصغر. وتستوجب آثار الليثيوم السمية مراقبة مستوى الليثيوم في الدم بصفة مستمرة و يجب أن لا يتجاوز ٠,٥ ـ ١,٥ مكافىء جزيئي في اللتر الواحد (*MEQ/L*).

وتشمل الآثار السمية لعقار الليثيوم ما يلي[٢٦] :

(أ) الآثار المعدية المعوية: فقد شهية الطعام والغثيان والتقيؤ والإسهال.

(ب) الآثار العضلية العصبية: الضعف والرعشة والرنح في المشـي ومرض الرقاص القفاع[٢٧] (داء الرقص والكنع) *(CHOREOATHETOSIS)*.

(جـ) الآثار على الجهاز العصبي المركزي: سلس البول أو البراز وعسر النطق وعدم وضوح الرؤية والدوار والنوبات الصرعية والتعوّق وضعف الحركة والنعاس وتشوش الذهن والذهول والغيبوبة.

(د) الآثار القلبية الوعائية: عدم انتظام نبض القلب والتغيرات في مخطط القلب الكهربائي *(ECG)* والرهط الدوراني[٢٨] *(CIRCULATORY COLLAPSE)* .

(هـ) *آثار أخرى تشمل:* زيادة التبول والعطاش والجفاف.

ونظرا لسمية الليثيوم فينبغي الامتناع عن إعطائه لأي شخص مصاب بأي درجة من درجات الفشل الكلوي. وبصورة عامة يجب ألا يستخدم الليثيوم إلا في الأقسام الداخلية أو العيادات الخارجية في المستشفيات[٢٩].

---

(٢٦) كما أن لليثيوم آثار بعدية على الكليتين والغدة الدرقية (المترجم).

(٢٧) حركات غير منتظمة تصيب مجموعة كبيرة من عضلات الجسم (المترجم).

(٢٨) فشل أو ضعف في الدورة الدموية مما يؤدي إلى ضعف ورود الأكسجين إلى مختلف أنسجة الجسم (المترجم).

(٢٩) هنـاك أدوية أخرى ذات فعالية مقاربة لفعالية الليثيوم وليس لها آثار جانبية كالتي يحدثها الليثيوم. ويعتبر الكاربامازيبين (تجريتول) وكذلك الصوديوم فالبرويت (ديباكين) من أشهر تلك الأدوية (المترجم).

السبب فإنه ينبغي ألا يخطئ الطبيب في تشخيصه. وثمة قاعدة لمعالجة الاكتئاب يحسن التقيد بها، وهي أنه إذا لم يظهر على المريض أي تحسن باستخدام مسار معين من العلاج، فيجب ألا نستمر في ذلك المسار من العلاج بطريقة غير معقولة قبل تجربة مسار علاجي آخر.

المراجع

* Angst j (1966) Zur Aetiologie und Nosologie endogener depressiver psychosen . Springer , Berlin .

* *Hollingshead , A.B , Redlich, F . C. (1958) Social Class and Mental Illness : Acommunity Study . Wiley , New york.*

قراءات إضافية

F←rgemann, P.M. (1963). *Psychogenic Psychoses.* Butterworths, London.

Kendell, R.E. (1976). The Classification of Depressions. *British Journal of Psychiatry,* 139, 15.

Kleist, K. (1974). The Cycloid Psychoses. In: Hirsch, S.R. & shepherd, M. (Eds). *Themes and Variations in European Psychiatry.* John Wright, Bristol.

Krapelin, E. (1921). *Manic Depressive Insanlty and Paranola.* Churchill Livingstone, Edinburgh.

Leonhard, K. (1979). *The Classification of Endogenous Psychoses.* Irvington, New York.

Nelson, J.C. and Chamey, D.S. (1981). The Symptoms of Major Depressive Illness: Criteria for Melancholia. *Archives of General Psychiatry*, 38, 555-9.

Perris, C. (1974). *Cycold Psychoses*. Munksgaard, Copenhagen. (Acta Psychiaitrica Scandinavia, Supplement 253.)

الفصل الثالث

الفصـــــام
Schizophrenia

تعـــريف

الفصام هو متلازمة مرضية (مجموعة أعراض متزامنة) تتصف بمظاهر نفسية محددة يمكن تمييزها إكلينيكياً، وتحدث عادة قبل سن الخامسة والأربعين، وتؤدي عموماً إلى تفكك شخصية الفرد وتدهورها. ويكون لدى المصابين بالفصـام طرق خاصة في التفكير والسلوك، وينظرون إلى ما حولهـم بطريقـة غير سوية، وتـهيمن علـى حياتهم الشخصيـة أفكـار غير واقعيـة. كمـا تبـدو انفعالاتـهم متضاريـة ومتنـافرة، وينقطعون عن أصحابهم، ويبـدون وكأنـهم قد اعتزلوا الدنيـا من حولـهم. وقـد كان "كريلين" (*Krapelin*) في عـام ١٩١٣م أول من وصـف متلازمـة الفصـام، وأطلق عليها مسمّى الخرف المبكر (*Dementia Praecox*) والتي تعتبر خطوة أساسية في تاريخ الطِّب النفساني الوصفـي، وذلـك لأن مـا يعرف الآن بالفصـام كـان حتـى ذلك الوقت يندرج ضمن عدد هائل من المتلازمات النفسية المتباينة.

ولقـد كـان "بلولـر" (*Bleuler*) هـو أول مـن اسـتخدم مصطلـح الفصـام، وكان يرى أن أساس أعراض هذا المرض هو عملية تفكك نفسية، والـتي تنتـهى

في آخر المطاف بتفكك الشخصية. كما اعتبر كريبلين الفصام مجموعة من المتلازمات المتشابهة المتنوعة الأسباب (بلولر ١٩٥٠م).

أسباب المرض

معدل حدوث المرض

لقد وُجد أن معدل حدوث الفصام يبلغ ٠,٨٥٪ من تعداد السكان العام. وهذا الرقم ثابت على نحو ملفت للنظر أياً كان السكان الذين تجري دراستهم.

الوراثة

ليس من المعروف على وجه الدقة ما دور الوراثة في حدوث الفصام؟ كما أن طريقة انتقال المرض وراثيًا غير معروفة. ومن الممكن حساب مدى إمكانية حدوث الفصام في أسرة مريض ما، إذ أن نسبة حدوث المرض لدى والدي المصاب تتروواح بين ٥ و ١٠٪، وتتراوح لدى بقية الأقارب بين ٥ و ١٥٪ (انظر جدول١). ولقد بينت الدراسات التي أجريت على التوائم أن هناك نسبة توافق تصل إلى ٨٠٪ في التوائم الوحيدة اللاقحة. لكن الدراسات الحديثة وجدت أن نسبة التوافق تبلغ ٦٠٪، في حين أن البعض الآخر لا يرى أنها تتجاوز ٣٠٪.

ويتوارث الفصام في أسر المرضى، مع أن ٦٠٪ من المصابين بالفصام لا يوجد في أسرهم تاريخ مرضي سابق يدل على حدوث الفصام. ومع أهمية دور الوراثة فإنها لا تفسر سوى ٥٠٪ من الاختلاف الحاصل في حالة التوائم الوحيدة اللاقحة.

الجدول رقم (١). نسب تقريبية لاحتمالات الإصابة بالفصام في أقارب المريض.

صلة القرابة بالمريض	نسبة حدوث الفصام (%)
ليس قريباً للمريض	١
قريب من الدرجة الثانية مثل: خال أو خالة، ابن الأخ	٢
ابن - ابنة	٥
والد - والدة	٧
أخ - أخت	١٠
توأم وحيد اللاقحة	٥٠

الشخصيـــة

لقد شدد كثير من الباحثين على أهمية شخصية المريض قبل الإصابة بالمرض. وحتى مع صعوبة تقييم الشخصية فإنه قد تم وصف الشخصية الفصامية (*Schizoid Personality*) أنها ذلك النمط من الشخصية الذي يتضمن بذور مرض الفصام. وتظهر عند الأشخاص ذوي الشخصيات الفصامية بعض الصفات السلوكية مثل العزلة والخجل الشاذ وتوهم المرض وبرودة الانفعالات واللامبالاة والتعصب وغرابة الأطوار.

ولقد اختلف الباحثون في نسب هذه الشخصيات غير السوية قبل حدوث الفصام. فقد وجد بلولر فى عام ١٩٥٠م أن نسبة الشخصية الفصامية ضمن عدد من المصابين بالفصام تبلغ ٣٤٪، فى حين توصّل باحثون آخرون إلى نسب أعلى، لكن ينبغي الإقرار أن ما يصل إلى ٥٠٪ من المصابين بالفصام لم يظهر عليهم ما يدل على اضطراب الشخصية الفصامية قبل حدوث الفصام. ومع هذا فإن وجود ما يشير إلى اضطراب الشخصية الفصامية لدى من يشتبه عنده بالنمو

البطيء لمرض الفصام يمكن أن يكون مؤشراً مفيداً في التشخيص. كما أن تزايد نسبة وجود الأفراد المنحرفين في أسر مرضى الفصام يؤيد دور شذوذ الشخصية في حدوث الفصام.

بنيـــة الجســـم

أشار كثير من الباحثين إلى وجود بنية الجسم الواهنة[١] *(Asthenic Body Structure)* لدى مرضى الفصام . ويعد هذا النمط من بنية الجسم مؤشراً لإزمان المرض وتدهوره مستقبلاً.

نمط التفاعل داخل الأسرة

كُتب الكثير حول الأساليب الخاطئة في تربية الأطفال لكنها كتابات تنظيرية وكثيراً ما تنتهي بوضع المسؤولية على الوالدين اللذين قد عانيا، في الحقيقة، بما فيه الكفاية بسبب إصابة ابنهم بالفصام، وليس هناك حاجة لزيادة معاناتهما. ولقد دلل " ليف و فون " *(Leff & Voughn)* في عام ١٩٨١م على دور بعض التفاعلات الأسرية في حدوث الانتكاسة عند مريض الفصام. فقد قاسا متغيراً يدعى الانفعالات المعلنة *(Expressed Emotions)* وبيّنا أن التقليل من تعرض المريض لتبادل الخصومة والتضاد مع عائلته كان له تأثير عقاقير الفينوثيازينات نفسه في منع حدوث الانتكاسة.

ومن الصعب تقييم النظريات الدينامية حول أسباب الفصام، لكن ينبغي إدراك أن الطبيعة التفسيرية والتأملية لتلك النظريات لا تجعل أياً منها تستبعد

---

(١) هي بنية الجسم التي تتميز بالطول والنحافة (المترجم)

الأخرى بأي شكل من الأشكال، كما هو الحال في النظريات البيولوجية. إضافة إلى ذلك فإن الفصام هو مجموعة غير متجانسة من التلازمات المرضية *(Syndromes)*، وليست هناك - حتى الآن - نظرية متكاملة مقبولة لأسباب الفصام مبنية على الأدلة المتوافرة في الوقت الحاضر.

التغيرات الكيميائية الحيوية

ثمة مجموعة من الأدلة التي توحي بإمكانية انتقال اضطراب الفصام بطريقة كيميائية حيوية. ولابد من الاعتراف بأنه لم يتم حتى الآن التعرف على أي أثر كيميائي حيوي محدد مرتبط ارتباطاً تاماً بالفصام. ولعل تجربة حدوث ما يعرف بالذهان النموذجي *(Model Psychosis)* عند مجموعة من المتطوعين عن طريق تعاطيهم لعقار ال.اس.دي (حمض الليسيرجيك دايثيلاميد) *(LSD)* ومسكالين *(Mescaline)* كان هو الخطوة الأولى في دراسة الجانب الكيميائي الحيوي للفصام. كما أنه ربما كانت العلامة الرئيسية الدالة على دور الاضطراب الكيميائي الحيوي والاضطراب العصبي المرضي في حدوث الفصام يحتمل أن تكون قد ظهرت أولا: من خلال مشاهدة حالات الذهان الناشئة عن تعاطي الأمفيتامينات، وثانيا: من خلال استقصاء حالات الذهان التي ترافق صرع الفص الصدغي *(Temporal lobe epilepsy)*، لأنه في كلتا الحالتين تحدث حالات ذهانية لا يمكن تمييزها عن الفصام.

ولقد أدت البحوث المتزايدة في الذهانات الناشئة عن الأمفيتامينات إلى اقتراح فرضية الدويامين *(Dopamine)* التي تفترض أن أعراض الفصام مرتبطة بزيادة فعالية الدويامين الطبيعي التركيب. وفي حين تسهم الأمفيتامينات في زيادة

نشاط الدوبامين، نجد في الوقت نفسه أن العقاقير المضادة للذهان تؤدي إلى تخفيضه والذي ربما يحدث عن طريق إحصار أو سد مستقبلات الدوبامين. ومن الفرضيات الكيميائية الحيوية الأخرى للفصام فرضية نقل الميتيل *(Transmethylation hypothesis)* التي تفترض أن تراكم أمين حيوي *(Biogenic amine)* شاذ هو سبب حدوث أعراض الفصام.

وهناك مسارات بحثية أخرى تفترض أن الفصام ما هو إلاّ التهاب دماغي ناشئ عن فيروس بطيء. وتبعاً لذلك فقد ظهر اهتمام كبير عند اكتشاف وجود توسّع في بطينات المخ *(Ventricular dilation)* لدى المصابين بالفصام المزمن، لأن ذلك يدل على وجود درجة من الضمور في أنسجة الدماغ، والذي يمكن أن يكون له ارتباط بالاضطراب الفيروسي البطيء، أو إصابة حدثت أثناء الولادة.

المرض الجسدي

إن ما يعتري الجسم من أمراض أو عمليات جراحية أو حوادث يمكن أن تسبب ذهاناً فصامياً حاداً، أو تؤدي إلى تخفيف حدة ذهان فصامي موجود مسبقاً.

التغيرات الحياتية

دلت الأبحاث الحديثة على أن حدوث الفصام، وكذلك انتكاسته يسبقها في كثير من الأحيان تغيرات حياتية مثل الانتقال من منزل إلى آخر، أو فقدان الوظيفة، أو فقدان أحد الوالدين أو الأولاد، وغير ذلك. وقد يدل هذا ضمناً على أن المصاب بالفصام يتمتع فقط بقدر ضئيل من القدرة على تحمل حدوث أي تغيير أو مؤثرات شديدة *(Overstimulation)* في حياته.

العوامل النفسيــة

إن دور العوامل النفسية في حدوث الفصام غير واضح. ولقد تعلمنا من الخبرة الإكلينيكية أن المصاب بالفصام يمكن أن يحدث المرض لديه بفعل أي نوع من أنواع الإجهاد النفسي. ويبدو أن بعض النوبات الحادة التي تنقضي بذاتها خلال فترة معينة ترتبط ارتباطا واضحا ببعض المسببات النفسية. وبناء على ذلك فقد دعاها *فارجيمان (Fargemann)* في عام ١٩٦٣م ذهانات نفسية المنشأ *(Psychogenic psychosis)* وأشار إلى أن مآلهم المرضي يعد جيداً مقارنة بمرضى الفصام الآخرين.

ويجب أن تفترض النظرية الشمولية لأسباب الفصام أن العملية الفصامية تحدث بطريقة كيميائية حيوية، أي أنها تتبع في النهاية مساراً كيميائياً حيويًا، وأن المرض يحدث عند شخص لديه استعداد وراثي مسبق، والذي ربما كان السبب فيه أياً من الإجهادات الجسدية أو الضغوط النفسية أو كليهما معاً. ولهذا السبب يبدو الفصام اضطراباً معقداً يحدث على مستويات متعددة تؤدي فيها العوامل الوراثية والنفسية والفسيولوجية العصبية والاجتماعية والكيميائية الحيوية أدواراً مهمة.

ويظهر بشكل مؤكد في الوقت الحاضر أن هده النظرية ذات الأسباب المتعددة هي الأكثر فائدة من سواها لاتباعها في منهج البحث العلمي.

المظاهــر الإكلينيكيــة

يحسن دراستها تحت العناوين التالية: اضطراب التفكير الفصامي، الضلالات، الاضطراب الانفعالي، اضطراب الإدراك، اضطراب السلوك.

ويكمن السبب وراء البدء باضطراب التفكير في أن "بلولر" في وصفه الأولي للفصام قد أكد على أهمية اضطراب التفكير في مرض الفصام.

اضطراب التفكير الفصامـــــــي

وهو الاضطراب المميز لعملية التفكير في المتلازمة الفصامية. وفيه تضعف ملكة التفكير لدى مرضى الفصام، أي أن قوى التفكير الإدراكي تتبدل، فتجد أحدهم يخلط بين السبب والنتيجة، ويستنتج استنتاجات غير منطقية أبداً من مقدمات خاطئة. ويتبين ذلك من خلال ملاحظة أنه من الصعب متابعة حديث أولئك المرضى، كما أننا عند تفحص ذلك الحديث نجد أن المريض يقول الكثير، ولكن لا يُفهم منه إلا القليل. وبمزيد من التدقيق يتضح أن المريض كان يهذر بكلام لا معنى له.

وقد يكون المرضى على وعي بضعف قدرة التفكير لديهم، وربما يخبرون الطبيب بأنهم يجدون صعوبة في أن يفكروا بوضوح، أو أن أفكارهم غامضة لدرجة أنهم لا يستطيعون التركيز أو أن أفكارهم مشتتة تائهة نوعا ما. وقد يكون من الضروري استخدام أسئلة مباشرة تساهم في استنباط هذه المعلومات من المريض.

وبما أن اضطراب التفكير يظهر جليا في كلام المريض فقد افترض البعض أن المصابين بالفصام، وكأنهم قد أجبروا على تكوين لغة خاصة بهم يشرحون من خلالها لأنفسهم ولغيرهم أفكارهم غير المنطقية.

وكثيرا ما يلفت الانتباه ظاهرة استغلاق الفكر *(Thought blocking)*، وهي عبارة عن انقطاع في تسلسل الأفكار لدى المريض يضطر بسببها إلى أن يبدأ من

جديد منحى آخر من التفكير. وتتجلى هذه الظاهرة في الثغرات التي توجد في حديث المريض. ولا يقتصر حدوث استغلاق الفكر على مرض الفصام، بل ربما حدث في حالات التعب والإنهاك الشديدين وكذلك عند مرضى التعوّق الاكتئابي.

ومما ينبغي تذكره ـ أيضاً ـ أن جميع الأوصاف السابقة لاضطراب التفكير الفصامي تفترض سلفاً أن المريض يتمتع بمقدار كافٍ من الذكاء. ولذلك فإنه من الصعب جداً تشخيص اضطراب التفكير الفصامي عندما يكون ذكاء المريض أصلاً دون المستوى الطبيعي.

ويعاني مريض الفصام من تقطع التفكير وتوقفه، كما يشكو إلى طبيبه أن الأفكار تُسحب من رأسه (سحب الأفكار) *(Thought withdrwal)*، أو أنها تُقحم فيه إقحاماً *(Thought insertion)*. وهذا النوع من الشكوى هو علامة مميزة للفصام ولا تحدث في الحالات الأخرى[٢]. إضافة إلى ذلك، فإن المريض ربما يعتقد أن أفكاره تنتقل إلى الآخرين. وأخيراً فإن مصطلح (اضطراب التفكير الفصامي) يشير إلى اضطراب مخصوص في القدرة على إدراك المفاهيم، كما ورد ذكر ذلك في بداية هذا الحديث.

الضلالات

تُعرَّف الضلالة بأنها اعتقاد خاطئ لايتلاءم مع الخلفية الاجتماعية والثقافية للمريض، والتي يتمسك بها في وجه الحجة المنطقية. وتعد الضلالات الحقيقية أخطاء أساسية في الحكم على الأمور، وهي غير قابلة للتفسير بقدر ما

---

(٢) الأصوب أنها ربما تحدث في الحالات الأخرى (المترجم).

هي مبهمة، وتظهر على نحو مفاجئ، ويقتنع المريض بها اقتناعًا كاملاً. وثمة فرق بين هذه الضلالات الحقيقية (الأولية)، وبين الأفكار الضلالية. فالضلالات الأولية تكون مبهمة تماماً وغير قابلة للتفسير، لكن الأفكار الضلالية مع أنها خاطئة فإنها ـ مع ذلك ـ قابلة للتفسير في ضوء الحالة الانفعالية التي يمر بها المريض. ففي حالات الاكتئاب الشديد مثلاً تظهر لدى المريض أفكار ضلالية يمكن تفسيرها من واقع كونه حزيناً، مثل أن يعتقد أن حياته قد انتهت وأن المستقبل ميؤوس منه وما إلى ذلك من الأفكار التي تتسم بطابع الاكتئاب.

إن الضلالة - بالمعنى الضيق للكلمة - هي فكرة خاطئة، لكنها ثابتة لا تتزعزع بالنقاش، ويتمسك بها الفرد دون بصيرة بها. كما أن محتوى الضلالة لدى المريض يعكس تجربته وخبراته الحياتية الماضية، ويصطبغ بصبغة نمطه الثقافي والحضاري. ولهذا كان المحتوى الديني للضلالات منذ مائة سنة مضت أمراً أكثر شيوعاً مما هو عليه في الوقت الحاضر. أما في هذه الأيام فيسود الاعتقاد لدى المرضى بأنهم مضطهدون على يد المنظمات السياسية مثل الفاشية أو الشيوعية، أو أنهم متأثرون بالانفجارات الذرية أو النشاط الإشعاعي أو الرادار أو التلفاز أو غير ذلك من تقنية الحضارة المعاصرة.

كما يعاني مريض الفصام أيضا من أفكار مرجعية[٣] إذ يشعر بأنه هو المقصود دون سواه بما يدور حوله من أحداث مهما كانت تافهة، أو أن لتلك الأحداث معنى ودلالة خاصة بالنسبة له. ولذلك فإنه عندما يقرأ المريض مقالة في صحيفة ما، فإنه يعتقد بأنه هو المعني بتلك المقالة، وحين يفتح مريض آخر التلفاز فإنه يكتشف بأن جميع الشخصيات التي تظهر فيه تبدي ملاحظاتها حوله.

---

(٣) راجع صفحة ١٢ (المترجم).

وتسـود في الفصـام أيضـا المشاعـر السلبيـة *(passivity feelings)* إذ يشعـر الفرد بأن جسده أو عقله واقع تحت تأثير أو سيطرة أناس آخرين. ومع أن الضلالات الزورانية (البارانوية) لا توجد دائما عند مرضى الفصام فإن الطابع البارانوي في التفكير هو أمر شائع عند أولئك المرضى.

الاضطرابات الانفعالية

يسود التنافر الوجداني بشكله النموذجي في حالات الفصام الشديدة، إذ يكون المظهر الانفعالي للمريض غير منسجم مع حالته. وفي أوضح صورها نجد المريض يضحك بشدة عند تلقيه بعض الأخبار المأساوية أو عند الحديث عن أمر خطير. وفي معظم الحالات نجد أن التنافر الانفعالي في الفصام ليس ملحوظا بالدرجة نفسها التي نلحظ بها فقدان التجاوب الانفعالي بين الطبيب ومريض الفصام.

ولقد تحدث عدد من المختصين عن وجود حاجز أشبه ما يكون باللوح الزجاجي، يفصل أحدهم عن مريض الفصام، وذلك لأنه من الصعوبة بمكان حدوث التوافق والمشاركة الوجدانية مع مرضى الفصام، لأن عواطفهم وانفعالاتهم محدودة، فهم منطوون على أنفسهم، وأحاسيسهم جامدة، ولا يظهرون سوى أدنى درجات الاهتمام.

ولا يتأثر مرضى الفصام بالأمور المختلفة التي تجري من حولهم، ولا يعنون إلا بعالمهم الخاص. كما نلاحظ أيضا بعض الاضطرابات الانفعالية الأخرى في الفصام، فليس غريبا ـ على سبيل المثال ـ أن يسبق مرض الفصام حالة من الاكتئاب أو القلق أو ربما تهيج هوسي خفيف.

وفي الواقع أن من الإنصاف أن نقول إن أي مريض مراهق يظهر عليه القلق الشديد أو الاكتئاب الغامض أو التهيج الهوسي الحاد لابد من الاشتباه بإصابته بالفصام إلى أن يثبت العكس.

اضطراب الإدراك الحسي

إن أكثر أنواع اضطراب الإدراك الحسي شيوعا في الفصام هي الهلاوس *(Hallucinations)* والتى تكون في الغالب سمعية . ومن المهم دائما أن نبحث بدقة عن مضمون الهلاوس وطبيعتها، فقد يسمع المرضى أصواتا تعلق على تصرفاتهم، أو تنطق أفكارهم بصوت عال، أو تتلفظ بكلمات وعبارات بذيئة، أو تخبرهم بما يجب أن يفعلوه. وقد تكون تلك الأصوات مألوفة أو غير مألوفة، كما يمكن أن تكون صادرة من شخص أو أكثر . وتظهر الهلاوس لدى غالبية مرضى الفصام، وذلك في أي مرحلة من مراحل المرض.

اضطراب السلوك

عند البحث في تطور أعراض الفصام فإننا ننظر إلى التغير الذى طرأ على سلوك الشخص بصفة كلية، وليس عن ظواهر منفردة. وكثيرا ما يصف أقرباء المريض أن مريضهم مال تدريجيا نحو العزلة على مدى فترة استغرقت عدة أشهر، وكيف يبدو شاذا غريب الأطوار، ويستخدم إيماءات غريبة، وكذلك يهجر أصحابه وما اعتاد عليه من نشاطات . وقد تحدث، أيضا، حالات من النشوة والتهيج، وكذلك التصرفات المفاجئة عند مرضى الفصام، لكن الأكثر شيوعا

هو حدوث هبوط عام في نشاط المريض وحيويته، فالمتعلم يصبح أقل اجتهادا، والموظف يصبح أقل اهتماما بعمله، كما تتناقص كذلك قدرته على أدائه.

وتتخلل حالة الفتور التي يشعر بها المريض نوبات عارضة من الحماس لهواية أو لأخرى، لكنها نوبات طارئة، وتخلو من أي هدف. وقد قيل عن مصاب بالفصام إنه يقضي وقتا طويلا في (البحث والنظر). وعند الاستقصاء تبين أنه كان يبحث عن طريقة لحفظ أجنحة الفراشات في مادة بلاستيكية، يعتقد أنها بطريقة أو بأخرى ستؤدي إلى ظهور بحث قيم في الكيمياء الحيوية!!.

ومن حسن الحظ أن حوادث العنف والأعمال الإجرامية الحمقاء نادرة الحدوث بين مرضى الفصام. كما أنه ربما تتغير المعايير الأخلاقية عند الإصابة بالفصام، فلربما تحولت فتاة كانت فيما مضى محتشمة متدينة إلى فتاة إباحية، وربما كان هذا هو السبب الذي جعل والديها يستشيران الطبيب الذي يكتشف بدوره أن ذلك السلوك ما هو إلا أحد أعراض الفصام. ولابد لأي تغير يطرأ على شخصية الفرد أن يثير دائما الاشتباه بحدوث الفصام.

أنـواع الفصام الإكلينيكية

يعلق الآن قليل من الأهمية على تسمية أنواع الفصـام. كما يعد تشخيص الفصام وكذلك تحديد مفهومه المرضي في الغالب أمرا صعبا إلى حد ما. وتشمل أنماط الفصام الإكلينيكية الموصوفة ما يلي :

١ - الفصام البسيط

ويتصف بتدن عام في جميع النشاطات الفكرية إذ يفتقر المريض إلى النشاط، وتنقصه الإرادة ويعاني من جدب الوجدان والفكر. وغالبا ما تكون هناك صعوبة

في التمييز بين هذا النوع من الفصام وبين الإصابة بالتخلف العقلي. ويبدأ المرض عادة ببطء وبصورة تدريجية تسمح له بالرسوخ قبل اكتشافه، في حين يكون مآل المرض سيئا للغاية.

٢ - خبل البلوغ (الهيفرينيا) ***(Hebephrenia)***

يشاهد هذا النمط - كما يدل عليه اسمه - في الفئات الأصغر سنا، وتتمثل صورته الإكلينيكية النموذجية على هيئة انتعاش وهلاوس سخيفة وساذجة. وتكون بداية المرض تدريجية بحيث تسمح له بالرسوخ قبل اكتشافه كما يكون مآل المرض سيئا، ويكون اضطراب التفكير عادة واضحا للعيان.

٣ - الفصام الزوراني (البارانوي)

ويتصف بظهور ضلالات ذهانية منظمة، ويبدأ المرض ببطء وبصورة تدريجية تسمح له بالرسوخ قبل اكتشافه. وغالبا ما يحافظ مريض هذا النوع من الفصام بدرجة كبيرة على تماسك شخصيته. ولذلك يتمكن من البقاء لمدة طويلة في المجتمع مخفيا ضلالاته الذهانية. ويوجد هذا النمط من الفصام لدى الفئات الأكبر سنا (٣٠ سنة فأكثر).

٤ - الفصام التخشبي (الكتاتوني)

ويشير إلى ذلك النمط من الفصام الذي يهيمن عليه اضطراب النشاط الحركي، إذ فرط النشاط أو عكس ذلك متمثلا في نوبات انعدام الحركة. وهذا النمط لم يعد يشاهد إلا نادرا منذ ظهور عقاقير الفينوثيازينات. ويظهر أن هذه

الحالات النادرة ما هي إلا حالات هوس اكتئابي شديد أو مرض عضـوي في الدماغ.

ملاحظـات عامـة على التشخيـص

لقد كانت المشكلة الرئيسية في تشخيص الفصام هي تدني مستوى الاتفاق في أوساط الأطباء النفسانيين حول تعريف هذا المصطلح. ويتكون الفصام أساسا من:

١ - سمات ذهانية معينة مثل الضلالات، واضطراب التفكير، والهلاوس، والتبلد الوجداني.

٢ - تدهور القدرات والوظائف العقلية.

٣ - بدء المرض قبل سن الأربعين.

٤ - استمرار المرض لعدة أشهر وليس فقط لعدة أيام.

ولقد أدى عدم اتفاق الأطباء النفسانيين على تعريف محدد للفصـام إلى ظهور عشرة تعريفات إجرائية مختلفة، أحدها تعريف فينر (*Feighner*) في عام ١٩٧٢م، وهو مكون من ثلاث فئات من الأعراض (أ، ب، جـ) كما يلي:

تعريف فينر للفصام[٤]:

(أ) كل من ١، ٢:

١ - أنه مرض مزمن تدوم فيه الأعراض لمدة ٦ أشهر على الأقل، دون أن يعود المريض فيما بعد إلى مستوى التوافق الذي كان عليه قبل المرض.

---

(٤) لا يعتمد عليه في الوقت الحاضر (المترجم).

٢ - عدم وجود أعراض الاكتئاب أو الهوس لفترة كافية لتشخيص الاضطراب الوجداني الفعلي أو المحتمل.

(ب) أحد العرضين على الأقل:

١ - الضلالات أو الهلاوس، مع عدم وجود ارتباك أو فقدان لإدراك الزمان والمكان بشكل ملحوظ.

٢ - استخدام المريض لألفاظ تجعل التواصل معه صعبا بسبب انعدام التناسق المنطقي أو انعدام الترتيب المفهوم لحديثه.

(جـ) ثلاثة على الأقل من التالي:

١ - عدم الزواج.

٢ - ضعف التوافق الاجتماعي أو ضعف إنتاجية العمل قبل حدوث المرض.

٣ - وجود حالات فصام في تاريخ العائلة المرضي.

٤ - عدم وجود إدمان للكحول، وعدم إساءة استخدام العقاقير لمدة عام قبل بدء الذهان.

٥ - بدء المرض قبل سن الأربعين.

أما إذا توافر بندان فقط من الفئة (جـ)، فإننا نقول إنه من المحتمل، فقط، أن يكون تشخيص المرض هو الفصام.

من ناحية أخرى فقد أكد شنايدر (*Schneider*) في عام ١٩٧٤م على أهمية مجموعة من الأعراض أسماها (الأعراض من الدرجة الأولى) (*First rank*)

symptoms) وهـي سمـاع المريض لأفكـاره، وسماعه لمجموعـة أصـوات تتجـادل بعضها مع بعض، وسمـاع أصوات تعلق على تصرفاته، والشعور بأن جسمه واقع تحت تأثيرات خارجية (الخبرات السلبية الجسمانية *(Somatic passivity experiences)*، وانسحاب الأفكار من رأسه ومعوقات التفكير الأخرى، وانعـدام تحدد الأفكـار، *(Thought diffusion)* والإدراك الضلالي وكذلك جميع المشاعر والاندفاعات (الدوافع) والأفعال الإرادية التي يمارسها المريض على أنها من عمل أو تأثير الآخرين.

إذن فالتعريف والتشخيص ليسا مرضيين، ولكنهما يتجهان نحو الأفضل. ويميل المؤلف إلى استخدام أسس شنايدر ومعاييره في رصد تطور المرض. ويعتبر تطور المرض غالبا أفضل مؤشر للتشخيص.

التشخيص التفريقـــي

١ - الاضطراب الوجداني.

٢ - الذهان الناشئ عن تعاطي العقاقير، مثل الأمفيتامينات، أو (إل إس دي) *(LSD)*، أو العقاقير المثيرة للهلاوس.

٣ - الذهان الناشيء عن أسباب عضوية. ويمكن تمييز هذا الذهان بوجود تشوش في درجة الوعي.

٤ - الهستيريا.

٥ - الحالات الزورانية (البارانوية). فليس كل من يصاب بالبارانويا يعتبر مصابا بالفصام.

٦ - الذهان المصاحب للصرع.

العـلاج

ليس هناك موضوع في الطب النفساني تكتنفه المآزق كما تكتنف علاج الفصام. ونظرا لعدم فهمنا لحقيقة الفصام فقد كان من الصعب علاجه بكفاءة وبطريقة محددة. ويؤدي ذلك إما إلى عدم علاج المريض وإهماله أو على النقيض من ذلك، إذ يؤدي إلى المبالغة في العلاج اعتمادا على نظرية غامضة، مما جعل الفصام مجالا لاختبارات لا نهاية لها. وفي حقيقة الأمر فإن من الصعب معرفة أي من هذين البديلين أشد خطرا.

ويجب أن يتكون علاج مريض الفصام من عدة طرق متكاملة تهدف إلى تعزيز روابط المريض بالواقع وإعادة تأهيله. وفي حالات المرض الحادة يجب أن ينوم المريض في المستشفى، مع الحرص على حمايته من نفسه، لأن الانتحار أمر شائع[٥] عند مرضى الفصام، ولذلك تتم تهدئة المريض باستخدام المهدئات والمسكنات. وقد تتطلب حالة المريض الصحية العامة أن نبحث في احتمال وجود أمراض جسدية مرافقة، ويتم علاجها ـ إن وجدت ـ بالطريقة المناسبة.

ولقد وجد في الوقت الحاضر أن عقاقير الفينوثيازين (*Phenothiazine*)، وخاصة كلوربرومازين (*Chlorpromazine*) وترايفلوبيرازين (*Trifluperazine*)، مفيدة في تحسين الحالة العقلية للمريض، إذ أن هذه العقاقير لا تهدئ التهيج فحسب، ولكنها أيضا تحسن الإدراك الحسي، وتعدل طريقة التفكير عند المريض. ويعطي عقار الكلوربرومازين عن طريق الفم (٥٠ - ٢٠٠ ملغ ثلاث مرات في اليوم) أو عن طريق العضل، بينما يعطى عقار الترايفلوبيرزين عن طريق الفم (٥-١٥ ملغ ثلاث مرات في اليوم).

---

(٥) يقدم ٥٠٪ من مرضى الفصام على الانتحار، ولا ينجح منهم سوى ١٠٪ فقط (المترجم).

ولقد ثبتت مؤخرا فعالية الاستطباب بالحقن العضلية من عقار الفلوفينازين (Fluphenazine)(Modecate) بجرعـة ٢٥ ملـغ شـهريا، أو عقـار الفلوبنثيكسـول (ديكسـول) (Flupenthixol) (Depixol) بجرعة ٢٠ ملـغ شـهريا، اللذين يعدهمـا البعـض أفضـل علاجـين للفصـام. ويعـد خلـل التوتـر (Dystonic Reaction)[٦] وتفاعلات المسارات العصبية خارج الهرمية (Extrapyramidal reactions)[٧] تفاعلات شائعة نتيجـة لاستخدام مضـادات الذهـان، لكـن هـذه التفـاعلات تستجيب بشكـل جيـد للعـلاج بالعقاقـير المضـادة لمرض باركنسـون (الشلـل الرعاش).

وقد تكون الأعـراض الجانبية لمضـادات الذهـان في بعـض الأحيان شديـدة ومزمنة ومستعصية على العلاج، وعندئـذ تدعـى عسـر الحركـة المتـأخر (Tardive dyskinesia). وعنـد التوقـف عـن حقـن الفينوثيـازين عـن طريـق العضـل بسـبب ظـهور عسـر الحركـة المتـأخر حتـى مـع استـخدام مضـادات الفعـل الكوليـني (Anticholinergic drugs)، فإنـه يمكـن إعطاء العقاقـير عـن طريـق الفـم، ولكـن بصفة متقطعة(drug holidays).

ويؤدي العلاج النفسـي دورا في معالجة الفصـام خصوصـا العـلاج النفسـي التدعيمي. ولأن المريض بالذهان لا يستطيع إدراك تفسيرات سلوكه، فإن العـلاج النفسي التحليلي ربما يؤدي إلى اضطراب أكبر عند استخدامه لمريض الفصام.

ومن الأهمية بمكان إيجاد مهنة تتميز بـالنفع والتنـوع للمريـض. ويبدأ ذلـك بـالعلاج التقليـدي المعـروف "العـلاج بـالعمل" (Occupational therapy). ومـن

---

(٦) (٧) راجع الفصل الثالث عشر.

ناحية أخرى فإن هناك دلائل تعلق أهمية خاصة على المهن ذات الطبيعة البناءة. وقد دل الاهتمام الحالي بعلاج الفصام المزمن على أهمية العلاج الصناعي، إذ يقوم مرضى الفصام المزمن بمهام هادفة تؤدي إلى إنتاج أشياء مختلفة، مثل أعمال التجميع الصناعية البسيطة، مع التأكيد على جعل الأوضاع أقرب ما تكون إلى أوضاع العمل الطبيعية. ويسهم هذا النوع من العلاج في تشجيع المرضى على تبني دور طبيعي في العمل، كما يعدهم للعودة إلى المجتمع، وبالتالي للعودة إلى مهنة ذات عائد مادي.

الرعاية الاجتماعية

لا يمكن علاج مريض الفصام بكفاءة دون معرفة واعتبار خلفيته الاجتماعية. ولهذا السبب يجدر بالطبيب المعالج أن يجمع أكبر قدر من المعلومات عن أسرة المريض وأحواله المنزلية. فالمريض الذي ينتمي إلى أسرة تحفل بالروابط الوثيقة والحرص على الدعم والمساعدة يحتمل أن يحرز تقدما في العلاج يفوق تقدم ذلك المريض المنعزل اجتماعيا، أو الموجود ضمن أفراد أسرة ينتشر فيما بينهم الخصام.

ولذلك فإنه من المفترض أن تكون الرعاية الاجتماعية أكثر شمولا من الرعاية داخل المستشفى، وأن تنشأ عيادات خارجية ومستشفيات تستقبل المرضى نهارا.

وتهدف الرعاية الاجتماعية إلى تفادي تنويم المريض في المستشفى ما أمكن، وذلك تجنبا لحدوث التبلد الانفعالي الذي يظهر لدى مريض الفصام عند تنويمه في المستشفى. ولقد خول قانون الصحة العقلية البريطاني أعضاء السلطات المحلية مسؤولية تنظيم مثل هذه الخدمات، والتي بلغت تطورا كبيرا في بعض

المناطق. وهناك خطر دائم يتمثل في احتمال إهمـال المريض إذا كانت الاتصالات بين الأطراف المشتركة في المسؤولية ضعيفة، وكان كل من الطبيب (الممارس) العام وأطباء المستشفى والسلطة المحلية يفترض كل منهم أن الطرفين الآخرين يرعيان المريض ويعتنيان به.

وتشمل الرعاية الاجتماعية الجيدة وجود تنظيم بحثي اجتماعي متطور على يد اختصاصيين اجتماعيين نفسانيين وممرضين اجتماعيين نفسانيين وغيرهم بالتعاون مع الأطباء النفسانيين في المستشفى. وعلى المستوى المثالي يجب أن تكون هذه العملية بكاملها جزء من الخدمة الصحية النفسية الشاملة في المجتمع.

وهناك أمور أخرى يجدر متابعتها لدى المرضى بعد خروجهم من المستشفى، وعدم الاكتفاء فقط بمتابعة حضور أولئك المرضى إلى العيادة الخارجية بين الفينة والأخرى لتلقي مزيد من العلاج. إن أسرة مريض الفصام بحاجة إلى أكثر من مجرد التطمين، إذ أن وجود فرد في العائلة مصاب بالذهان يمكن أن يسبب كثيرا من الاضطراب، وأن يثير مختلف أنواع الاستجابة الانفعالية. فإذا تجاهلنا ذلك وأخرجنا المريض من المستشفى إلى أسرة غير مهيأة له، فإننا بذلك نمهد لإعادته إلى المستشفى في وقت مبكر. ويجدر بالذكر هنا أنه قد يحدث إهمال للمرضى وعدم الاعتناء بهم من قبل أهاليهم.

وغالبا ما يكون علاج مريض الفصام صعبا وغير مثمر، ولكن بالإمكان تجنب إزمان المرض إذا تم التركيز على تعزيز روابط المريض بالواقع من خلال ربطه بالمجتمع عموما، وتيسير عودته إليه حالما يكون ذلك ممكنا بصورة معقولة، وكذلك تفادي حدوث الإهمال الاجتماعي للمريض . وثمة دليل على أن كثيرا

من الملامح التي كان يعتقد في السابق أنها أعراض مميزة للفصام المزمن، إنما هي في الحقيقة مظاهر الإهمال الاجتماعي.

مآل المرض

من الصعب أن نتنبأ بدقة بمآل مريض الفصام، لكن هناك بضعة مؤشرات مفيدة. وتعد المظاهر التالية علامات تنبؤية جيدة:

١ - حدوث المرض بصفة حادة.

٢ - وجود مرسبات (مسببات) نفسية أو جسدية، مثل الولادة والعمليات الجراحية وغيرها.

٣ - عدم وجود اضطراب في شخصية المريض قبل المرض.

٤ - استقرار أحوال المريض الاجتماعية، مثل وجود روابط اجتماعية وثيقة.

٥ - حدوث أعراض وجدانية.

٦ - إذا كان ذكاء المريض متوسطا، أو فوق المتوسط.

وفيما يلي العلامات التنبؤية السيئة:

١ - حدوث المرض بصفة تدريجية.

٢ - وجود اضطراب فكري مستمر.

٣ - إذا كانت بنية جسم المريض واهنة.

٤ - حدوث تبلد في الوجدان.

٥ - إذا كان ذكاء المريض دون المتوسط.

المراجـــع

Bleuler, e (1950) The Schizophrenias. International Univeristies Press, New York

Fargemann, P.M (1963) Psychogenic Psychoses. Butterworths., London.

Feighner, J.P., Robins, E., Guze, S.B., Woodruffe, R.E, weinokur, G. Munro, R. (1972) Diagnostic criteria for use in psychiatric research. Archives of general psychiatry, 26,57

Krapelin, e. (19+13) Psychiatrie. Barth, Leipzig

قراءات إضافيـــة

Brockington, I.F., Kendell, R.E. and Leff, J.P. (1978). Definitions of Schizophrenia: Concordance and Predictions of outcome. *Psychological Medicine,* 8, 387-98.

Fish, F.J. (1976). *Schizophrenia.* John wright, Bristol.

Goffman, E. (1968). *Asylums.* Pelican, London.

Leff, J. and Vaughn, C.E. (1981). Role of Expressed Emotion on Relapse of Schizophrenia. *British Journal of Psychiatry,* 139, 102-4.

Leonhard, K. (1979). *The Classification of Endogenous Psychoses.* Irvington, New York.

Mellor, C.S. (1970). First Rank Symptoms of Schizophrenia. *British Journal of Psychiatry,* 117, 15-23.

Prag, H.M. Van (1975). *On the Origin of Schizophreniac Psychoses.* De Erven Bohn,, Amstedam.

Schneider, K. (1974). Primary and Secondary Symptoms in Schizophrenia. In: Hirsch, s. R. and Shepherd, M. (Eds.). *Themes and Variations in European Psychiatry.* John Wright, Bristol.

الفصل الرابع

المتلازمات العضوية
(الخرف والهذيان والحالات المرتبطة بهما)

Organic syndromes
(Dementia, delirium, and allied states)

مقدمـــة

في عام ١٩١٠م لاحظ كارل بونهوفر (*Karl Bonhoffer*) أن علامات أمراض الدماغ لا تعتمد على طبيعة التغير المرضي، بل تعتمد فقط على موضع ذلك التغير المرضي ونطاقه، وكذلك على معدل سرعة بدء المرض وانتشاره.

وتؤدي الاضطرابات التي تحدث في وظيفة الدماغ والناتجة عن تلف نسيجي جسيم أو خلل كيميائي عصبي دقيق إلى اضطرابات يمكن التعرف عليها، تعرف بالمتلازمات العضوية. وتتصف هذه المتلازمات العضوية بضعف بيِّن في الوظيفة المعرفية. أما الأعراض الوجدانية كالقلق وغيره فإنها مجرد أعراض ثانوية.

وتشمل هذه المتلازمات العضوية كلاً من

١ – **الهذيان *(Delirium)* والحالات المرتبطة به**، والتي تتصف بما يلي:

(أ) هذيان حاد: فرط النشاط، ونقص الوعي وتشوشه، والهلاوس.

(ب) هذيان دون الحاد (حالة تشوش): الحيرة، ونقص الوعي وتشوشه، وانعدام ترابط الأفكار.

٢ - الخرف (*Dementia*)

(أ) أولي: حينما يكون السبب مجهولاً، ولا يكون الخرف ناتجاً عن أي اضطراب أيضي (*Metabolic*) أو عضوي. ومن أمثلة حالات الخرف الأولي: اضطراب رقص هنتنجتون (*Huntington`s Chorea*) وخرف ألزهايمر (*Alzheimer`s dementia*).

(ب) ثانوي: حينما يكون سبب الخرف معروفاً، مثل التصلب العصيدي[1] (*Atherosclerosis*) الذي يؤدي إلى تعدد الاحتشاءات[2] (*Multi-infarct Dementia*) أو الورم أو إصابة الرأس.

الهذيان والهذيان دون الحاد

المظاهر الإكلينيكية

إن أكثر المظاهر لفتاً للنظر في حالات الهذيان هو اختلال الوعي (*Impairment of consciousness*). ويكون هذا الاختلال شديداً في حالات الهذيان الحاد، أما في أخف أشكاله، فإنه يتمثل في الشعور بتشوش الذهن، كالذي يعتري بعض الأشخاص عند إصابتهم بأمراض مثل الإنفلونزا.

---

(١) تصلب شرايين الدم (المترجم).

(٢) تلك الاحتشاءات التي تصيب الأوعية الدماغية الصغيرة نتيجة انسدادها أو أي سبب آخر. ويحدث ذلك عادة عند الرجال خصوصًا الذي يعانون من مرض الضغط أو أمراض القلب والأوعية الدموية (المترجم).

وعند إصابة شخص بضعف الوعي، فإنه يقلّ إدراكه لذاته، وللمحيط من حوله. كما يتأثر أيضاً مستوى اليقظة لديه. وكثيراً ما يصبح الطفل المصاب بالهذيان متألق العينين ثرثاراً بدرجة تدعو إلى القلق، أو على العكس من ذلك تتدنى درجة اليقظة لديه، مما يضفي عليه مظهر النعاس. ويترافق مع ضعف وعي المريض للمحيط من حوله نقص في الانتباه والتركيز لا يستطيع المريض معه أداء مهام يسيرة إذا طلبت منه، مثل الاستحمام أو ارتداء لباس النوم أو غيرها من الأعمال اليسيرة.

كما أن المريض لا يقدر على تسجيل ما يسمعه من أخبار، وما يراه من أحداث، ولذلك فإنه بالطبع يخفق في أبسط اختبارات الذاكرة.

وتسود حياة المريض حالة شديدة من فقدان القدرة على إدراك الزمان والمكان. كما يتبدل الإدراك الحسي عنده تبدلاً خفيفاً أو تبدلاً شديداً. ويلاحظ التبدل الخفيف في البداية في الإدراك الحسي عادة من خلال قول المريض "إن كل شيء يبدو أكثر وضوحا وجلاء. وفي المراحل المتأخرة من الهذيان تحدث أخطاء الإدراك الحسي الشديدة (الأوهام أو الخداعات الحسية) (*Illusions*) حيث يخطىء المريض في معرفة الأشكال الموجودة على ورق الجدران فيظنها حشرات وحيوانات، وتصبح الظلال بالنسبة إليه أشخاصاً خطيرين، كما أن المشورات والنصائح التي تقدم له تبدو في اعتقاده مؤامرات شريرة. إضافة إلى ذلك فإن المريض يعاني من الهلاوس، التي تكون بصرية في الغالب، كما قد تأخذ أشكالاً أخرى عديدة.

ولعل أكثر الهلاوس شيوعاً هو توهم أجسام صغيرة تعبر المجال البصري بسرعة، كما هو الأمر في الهذيان الارتعاشي الكحولي حيث يتراءى للمريض غالباً

حيوانات صغيرة تزحف في جميع أنحـاء الغرفـة. ويعطي المريض وصفاً حياً لهذا النوع من الهلاوس، وكثيراً ما تتراءى له بوضوح ضمن مجال بصره، بل إنه يرحب بمظهرها الغريب دون دهشة. وعلى سبيل المثال فقد رأت مريضة أثناء إفاقتها من تسمم مزمن بالباربيتوريت قزماً طوله ٦ بوصات[٣] يجري في أرجاء الغرفة ويختبئ تحت ألواح الأرضية، وقد حددت هويته بأنه زوجها، لكنها لم تفهم لماذا لم يدعها أحد ترفع الألواح لتتمكن من إخراجه؟! وعند منعها من ذلك تصبح عنيفة بصورة خطيرة.

ويتراوح الاضطراب الحركي في الهذيان بين فرط الحركة كما في الهذيان الحاد والتهيج الخفيف كما في الهذيان دون الحاد. وقد تستمر حالة فرط الحركة الحاد طويلاً على نحو مسبب للإنهاك وخصوصاً في الليل، فلا يلازم المريض فراشه، بل تراه يتجول في أنحاء جناح التنويم، وينظر من خلال النوافذ، وكأنه يبحث عن شيء، ويتمتم مع نفسه. وتراه كذلك يصر على مغادرة الجناح، لأنه يعتقد بأن عليه أن يذهب إلى العمل فقد حان وقته، ولذلك فإنه يقوم بجمع أغراضه وترتيبها عدة مرات، ويستمر في تفكيره غير المتناسق حتى يصبح ذهنه مشوشاً تماماً، ومن ثم يبدأ المعاناة نفسها من جديد.

ويكثر حدوث الأعراض الانفعالية، حيث تبدأ حالات الهلع والرعب بطريقة مفاجئة والتي يتصرف المريض فيها تحت تأثير فهمه الخاطىء لما حوله. ولسوء الحظ فإنه غالباً لا تُلاحظُ الأعراض الانفعالية الأخف حدة، لأنه لو تم التعرف عليها فستكون علامات مفيدة في سرعة التشخيص والعلاج.

---

(٣) ١٥ سم (المترجم).

ويشعر المريض بخوف غامض وبعدم ارتياح دون أن يعرف لماذا؟، وهو ما تلاحظه الممرضات اللواتي يندهشن عندما يرين مريضاً قد أصبح غير متعاون على غير عادته، مثل أن يرفض تناول عشائه.

إن الأفكار الضلالية في الهذيان مفككة وغير محكمة الصياغة، وهي ناتجة عن إدراكات حسية مشوشة يحس بها المريض، لكنها لا تتصف بالوضوح واليقين اللّذَين تتصف بهما الضلالات الفصامية الحقيقية.

ويؤدي الفحص الطبي لمريض الهذيان إلى الكشف عن بعض الأسباب الشائعة للهذيان مثل:

١ - التوقف عن تعاطي الكحول وظهور الأعراض الانسحابية.

٢ - الالتهاب الرئوي *(Pneumonia)*.

وقد تسبب حالة الهذيان ذاتها بعض التغيرات الثانوية في جسم المريض، بسبب رفضه تناول الطعام والسوائل، ولذلك فقد تظهر لديه علامات: الجفاف ونقص الفيتامينات التي تؤدي بدورها إلى زيادة الاضطراب النفسي، ومن ثم زيادة حالة الهذيان من جديد.

التشخيص

ليس تشخيص الهذيان بالأمر الصعب، بشرط أن يركز الفاحص على تحديد حالة الوعي عند المريض وقدرته على تمييز الزمان والمكان، لأن اضطراب الوعي وفقدان القدرة على تمييز الزمان والمكان لا يحدثان في الفصام أو الهوس، بينما يحدثان في حالة الهذيان.

ويكون الهذيان الحاد في العادة عابراً، بينما قد تستمر حالات الهذيان دون الحاد لعدة أسابيع.

الخَـــرَف

المظاهر الإكلينيكية

يتصف الخرف بتدهور مستمر غير قابل للتحسن في القدرات العقلية، وينشأ نتيجة تلف في الدماغ. إذ لا يستطيع الدماغ المصاب استيعاب المعلومات الجديدة واختزانها، وهو ما يتضح بشكل ملفت للنظر في ضعف قدرة المريض على تذكّر الأحداث القريبة العهد. وقد يشكو المرضى من هذا الخلل في الذاكرة، أو ربما لاحظه الآخرون دون أن يذكره المريض.

وكثيراً ما يسعى المرضى إلى التغلب على هذا الخلل في الذاكرة من خلال الاحتفاظ بمفكرة تذكرهم بأعمالهم والتزاماتهم، والتي ربما تنجح بعض الوقت، ولكن عاجلاً أم آجلاً سيجتاحهم اضطراب شديد في الذاكرة ويغمرهم القلق والارتباك، ويحيرهم الروتين اليومي فلا يمكنهم أن يتذكروا مختلف أمور حياتهم.

كما يتدهور سلوك المريض، إذ يضعف الاهتمام ويقل النشاط وتخور القوى، ويؤدي الموظف عمله بصعوبة كبيرة، ولا تستطيع ربة المنزل أن تقوم بأعمالها اليومية الروتينية، فهي تشعل الغاز ـ كما تظن ـ ولكنه لا يشتعل. وقد يبرز السلوك الشاذ، كالاستمناء باليد، والتعري، وسرقة معروضات المتاجر، والذي ربما يؤدي بعواقبه القانونية المترتبة عليه إلى التعرف على التدهور المرضي الكامن وراءه. ويتدهور مظهر المريض حيث تصبح ثيابه مبتذلة وملطخة ببقع

الطعام. ويكون التدهور في جميع قدرات المريض، حتى ينتهي به الأمر إلى حدوث سلس البول والغائط.

كما تتأثر قدرة المريض على التركيز، ويمكن استنتاج ذلك بسهولة من خلال اختبارات بسيطة مثل الطرح المتسلسل للعدد ٧ من ١٠٠. ويكون المريض عادة مدركاً لضعف قدراته، قلقاً، سريع الغضب والبكاء، ويتهيج حينما تواجهه مهمة تفوق طاقته، وهذا ما يدعى *بتفاعل الإخفاق* (*Catastrophic Reaction*).

وعندما تحدث تلك الأعراض في الأمراض الدماغية العضوية، فإن ذلك سيكون خير دليل على وجود خلل أساسي قد أصاب وظيفة الدماغ. ويؤدي المرض الدماغي العضوي إلى جمود في التفكير، وضعف في الفهم، وبالتالي مواجهة بعض الصعوبة عند التعامل مع مختلف مشاكل الحياة. ولقد صممت اختبارات نفسية تقيم تلف الدماغ، لكي تساعد في تمييز هذا النوع من الاختلال الوظيفي، ولتوضح مدى صعوبة الانتقال في التفكير عند أولئك المرضى من المجرد إلى المحسوس وبالعكس.

التغيرات الانفعالية

ليس ثمة اضطرابات انفعالية محددة، وما يحدث في الخرف ليس سوى الأنماط المعتادة لانفعالات الفرد ولكنها ظهرت بصورة أوضح بسبب إصابته بالخرف. ويسود تقلب المزاج مع ضعف السيطرة والتحكم بالنفس، وفي حالات الخرف الشديدة تظهر حالات *السلس الانفعالي*[٤] (*Emotional Incontinence*).

---

(٤) حيث تتدفق مشاعر المريض بشكل شديد دون أي تحكم (المترجم).

كما يكثر حدوث الاكتئاب، والذي يُعزى عادة إلى إدراك المريض لحالته. وقد تظهر أعراض هستيرية في وقت مبكر من تطور حالة الخرف، والتي ربما تكون نتيجة انخفاض تحكم الجهاز العصبي المركزي وتكامله، الذي طرأ بسبب تلف الدماغ.

التشخيص

إن تشخيص الخرف ليس بالأمر الصعب إذا كانت الأعراض نموذجية معتادة. لكن ثمة صعوبات، وعلى الأخص عند فحص مرضى في سن الكهولة يُشتبه في حدوث الخرف لديهم اعتماداً على وجود بعض الأعراض مثل نقص الاهتمام والنشاط، أو تغير المزاج لأشهر عديدة. ففي مثل هذه الحالة قد تكون تلك الأعراض مجرد اكتئاب مزمن، وقد لا يكون الأمر كذلك، ولا يبقى أمام الطبيب سوى أن يحفظ مريضه تحت الملاحظة لفترة من الزمن.

أسباب الخرف والهذيان

عند العثور على بعض العلامات الدالة على وجود حالة عقلية عضوية يصبح الفاحص بعد ذلك معنياً بالبحث عن السبب الكامن وراءها. وتشمل أشهر العوامل المسببة للمتلازمات العقلية العضوية ما يلي:

١- نقص الأكسجين في المخ:

(أ) الخرف الناشيء عن احتشاءات متعددة تحرم الدماغ تدريجياً من الأكسجين.

(ب) الخرف الناشيء عن غيبوبة طويلة، كما هو الحال عند التسمم بأول أكسيد الكربون.

(جـ) الهذيان الناشىء عن نزيف في المخ.

(د) الهذيان المصاحب لفقر الدم الوبيل *(Pernicious Anaemia)*.

٢ - الجفاف وعدم توازن الإلكتروليتي (اضطراب مستوى أملاح الجسم)

(أ) الهذيان الناشىء عن فقد سوائل الجسم بعد العمليات الجراحية.

(ب) الهذيان الناشىء عن تبولن الدم (زيادة مادة اليوريا في الدم) (*Uraemia*).

٣ - نقص الفيتامينات

(أ) اعتلال فيرنيك الدماغي (*Wernicke`s Encephalopathy*).

(ب) الهذيان الارتعاشي الكحولي.

٤ - التسمم المزمن بسبب

(أ) الباربيتيوريت.

(ب) يؤدي الكحول إلى حدوث "الخرف الكحولي".

٥ - التلف المخي الجسيم

(أ) الورم.

(ب) الالتهاب المزمن مثل الشلل العام للمجنون (زهري الدماغ).

(جـ) إصابة في الرأس تسبب الهذيان والخرف.

استقصاء المتلازمات العضوية

قد يكشف الفحص الجسدي عن سبب الهذيان أو الخرف، أو قد يكشف عن علامات تحدد موقع الخلل في المخ. وبوجه عام فإن نتائج الفحص الجسدي تكون في العادة سلبية، وخاصة في حالات الخرف، ولذلك تستخدم الفحوص المخبرية وغيرها للمساعدة في التشخيص، وتشمل:

١ - فحوصا بحثية مخبرية عن الأمراض التناسلية (*VDRL*) واختبار مقاوم البلازما السريع (*RPD*) واختبار الفلورة للأجسام المضادة للتريبونيما (*FTA*).

٢ - تصوير الجمجمة بالأشعة السينية (أشعة إكس).

٣ - تخطيط الدماغ كهربائياً (*EEG*).

٤ - فحص السائل المخي النخاعي (*CSF*).

٥ - فحص الدماغ بالأشعة المقطعية المحورية بواسطة الحاسب الآلي (*CT scan*).

٦ - فحص الأوعية الدموية في المخ بالأشعة باستخدام الصبغة (*Cerebral Angiography*)

علاج المتلازمات العضوية

إجراءات عامة

الهذيان

يجب أن تتم العناية بالمريض في محيط هادىء، كما يجب البعد عن كل ما يسبب تضجّر المريض. وعلى الأطباء والممرضات أن يقوموا - بكل هدوء - بطمأنة المريض المصاب بالهذيان وكذلك مريض الخرف، وبمساعدته على البقاء على صلة بالواقع، مهما كان غامضاً بالنسبة له.

ويزداد نشاط المريض في المساء والليل، ولذلك فإنه يكون بحاجة إلى بعض المسكنات، ومن الحكمة تجنب استخدام الباريتيورات والبارالديهايد، لأنهما يضاعفان تشوش الذهن ويسببان انزعاج المريض، لكن بالإمكان تهدئته بالفينوثيازينات. ويجب زيادة التغذية والسوائل إلى المستوى المطلوب، كما تعالج أي أعراض طارئة، بالإضافة إلى إعطاء جرعات عالية من الفيتامينات "بارنتروفايت" بمقدار ١٠مل كل ٤ ساعات عن طريق الوريد في اليوم الأول،

ومن ثم تُخفّض إلى ١٠مل مرتين يومياً عن طريق الوريد في اليوم الثاني، وبعد ذلك ٤ مل عن طريق العضل مرة واحدة يومياً ولمدة ٥ أيام.

الخـــــرف

إن أول خطوة في علاج الخرف هي التعرف على درجة إعاقة المريض، حتى يستطيع الطبيب أن يهيئ له محيطا يتوافر فيه حافز يكفي لمنع التدهور السريع، وفي الوقت نفسه لا يزيد العبء على المريض. ويعطى عادة فيتامين (ب) عن طريق الفم، مع أن قيمته العلاجية غير أكيدة.

ويؤدي العلاج بالعمل والعلاج الاجتماعي دوراً محدوداً، وإن كان مساعداً، وذلك من خلال توفير الحفز ومنع التدهور الاجتماعي.

إجراءات خاصة

تعتمد الإجراءات الخاصة في معالجة الهذيان والخرف على طبيعة الاضطراب الكامن وراءهما - إن وجد - مثل إعطاء العلاج المناسب لمرض الزهري (السفلس).

بعض الأمثلة الخاصة للمتلازمات العضوية

الحالات الناشئة عن نقص الفيتامينات

١ - متلازمة كورساكوف *syndrome Korsakov* ويسببها نقص الثيامين[٥] (*Thiamine*) الذي يحدث عند مدمني الكحول على سبيل المثال، أو قد يسببها الورم، أو الإصابة الدماغية، أو اضطراب أيضي عام. وتشمل الأعراض

(٥) فيتامين ب١ (المترجم).

الإكلينيكية حدوث التهاب الأعصاب *(polyneuritis)* بالإضافة إلى الأعراض النفسانية التالية:

(أ) ضعف عام في القدرة على تذكر الأحداث القريبة العهد.

(ب) الحشو (التزييف) *(Confabulation)*.

(جـ) اضطراب إدراك الزمان والمكان وتمييزهما.

ويدعى هذا النوع من الاضطرابات العضوية عادة بمتلازمة اضطراب (عسر) الذاكرة *(Dysmnesic syndrome)*.

وعادة ما يدعي المريض بأنه يعرف الطبيب، ويصف اللقاء السابق بينهما بالتفصيل، مع أنهما في الحقيقة لم يلتقيا قبل ذلك، أو أنه يعيد تذكر أحداث اليوم السابق بالتفصيل، مع أنه لم يحدث شيء مما قال، وهذا ما يسمى بالحشو (التزييف). وتكون ذاكرة المريض للأحداث القريبة ضعيفة جدا بحيث لو قيل للمريض اسم الطبيب الفاحص، فإنه لن يتمكن من تذكره بعد دقيقة واحدة. ويبدأ المرض عادة بعد حدوث الهذيان الارتعاشي، ويكون الأمل في الشفاء الكامل منه أملا ضعيفا.

٢ - **اعتلال فيرنيك الدماغي**: وينتج عن نقص مادة الثيامين. ويحدث بسبب الإدمان الشديد على الكحول، أو بسبب الحالات المتردية من سوء التغذية. وغالبا ما تكون بداية الهذيان مفاجئة، ومصحوبة بتغير في سعة بؤبؤ العين *(Pupils)* وكذلك شلل عضلات العين *(Ophthalmoplegia)* ورأرأة [٦] العينين *(Nystagmus)*.

---

(٦) تذبذب المقلتين لا إراديا وبسرعة (المترجم).

٣ - الحُصَاف (البلاجرا) (*Pellagra*) ويسبّبه نقص مشترك في التربتوفان[٧] والنياسين[٨] وتتنوع الاضطرابات النفسية في هذا المرض فربما تكون عصابية أو ذهانية، لكن في النهاية ستظهر حتما متلازمة عضوية واضحة متمثلة في الهذيان، وفي حال عدم معالجتها فإنها تتحول إلى خرف وغيبوبة وربما أدت إلى الموت.

الأمراض القلبية الوعائية (*Cardiovascular Diseases*)

١ - قصور القلب (*Cardiac Failure*): غالبا ما يكون مرضى قصور القلب في الليل عرضة لنوبات تشوش الذهن الخفيفة أو الهذيان دون الحاد والتي تحدث بسبب النقص النسبي في ورود الأكسجين إلى المخ. وتستجيب هذه النوبات بشكل جيد عند علاج قصور القلب.

٢ - خرف الاحتشاءات المتعددة (*Multi-infarct Dementia*): يترافق هذا النوع من الخرف مع حدوث تصلب الشرايين في المخ، ويحدث في وقت أبكر من خرف الشيخوخة. ويبدأ عادة على شكل نوبات صرعية وسكتات دماغية (*Strokes*) يعقبها في العادة شفاء تام، لكن سرعان ما يحدث فيما بعد قصور في الذاكرة ونقص في التركيز وتغير في الشخصية[٩]. وتكون القاعدة في هذا النوع من الخرف، هي حدوث تدهور في القدرات الفكرية، والذي يحدث على مراحل.

٣ - حدوث جلطة في الشريان السباتي الداخلي (*Thrombosis of The Internal Carotid Artery*): يمكن أن يؤدي انسداد الشرايين السباتية الداخلية إلى

---

(٧) حمض أميني (المترجم).

(٨) فيتامين (المترجم).

(٩) يعتبر التغير في الشخصية بسيط نسبيا مقارنة بخرف الشيخوخة (المترجم).

حدوث الخرف، والذي يتبعه عادة ظهور علامات تدل على وجود إصابة دماغية بؤرية. ويشمل التاريخ المرضي النموذجي لهذه الجلطة حدوث حالات عابرة من فقدان الطاقة وتناقص القوة في بعض أطراف الجسم على مدى عدة أشهر، ثم يتبع ذلك تدهور تدريجي في الذاكرة.

زهري الدماغ (الشلل العام للمجنون) (*GPI*)

حين يتم علاج مرض الزهري بالعلاج المناسب في مراحله الأولى فإنه نادراً ما تظهر حالات زهري الدماغ بأعراضها الكاملة[١٠]. وتشمل العلامات الأولى لهذا المرض في العادة تغيرًا مفاجئياً في الشخصية مع تبدل جذري في المعايير الأخلاقية والمعنوية لدى المريض، ويتبعها سلوك يتسم بالتبذير والشعور بالعظمة. وبعد ذلك تستقر حالة المريض على هيئة خرف مع قصور في الذاكرة، وتدهور في جميع القدرات المعرفية. وبالنسبة للحالة الوجدانية فإن المريض يعيش عادة في نشوة دائمة.

ويظهر الشلل التشنجي وتغيرات في بؤبؤ العين، وكذلك التدهور الجسدي العام في مراحل المرض المتقدمة.

المتلازمات التي تعقب إصابة الرأس

يمكن أن يحدث الخرف بعد إصابات الرأس الشديدة، كما تحدث النوبات الصرعية، التي تُعد نتيجة شائعة لإصابة الرأس مهما كانت شدتها.

---

(١٠) كان الزهري واسع الانتشار حتى اكتشاف البنسلين واستخدامه لعلاج هذا المرض منذ أواسط القرن العشرين (المترجم).

ويحدث خرف الإصابات (الخرف الرضي) *(Traumatic Dementia)* عادة نتيجة لتلف واسع النطاق في نسيج المخ. كما يمكن أن تؤدي إصابة الرأس إلى حدوث حالات من الهذيان والتي يتبعها في العادة شفاء تام.

ويطلق مصطلح "متلازمة *ما بعد الكدمة*" *(Postcontusional Syndrome)* في العادة على مجموعة من الأعراض الخفيفة المزمنة التي تشمل الصداع والدوار والشعور بالضعف العام وعدم القدرة على التركيز. ويعتقد أن بعض الناس مهيؤون جبليا للإصابة بهذه المتلازمة أكثر من سواهم، وما إصابة الرأس سوى عامل مثير لذلك الاستعداد الجبلي. كما قد تؤدي أعراض ما بعد الكدمة إلى ظهور مشكلات مستعصية على العلاج. وبشكل عام فإنه يفضل عودة المرضى إلى ممارسة حياتهم الطبيعية، وأن يتجهوا إلى أعمالهم حالما يكون ذلك ممكنا بدرجة معقولة، لأنه وجد أنه إذا امتدت فترة النقاهة لمدة طويلة، فإنها تسهم في تأخر تأهيل المريض وتؤدي إلى ثبوت الأعراض العصابية واستمرارها. وتتحسن معنويات المريض دائما بالمعالجة الواثقة والطمأنة القصوى وإعادة التأهيل النشيطة.

حالات الخرف الأخرى

مرض ألزهايمر (خرف الشيخوخة)

لقد كان هذا المرض يعرّف في الماضي بأنه خرف ما قبل الشيخوخة، لكنه في السنوات الأخيرة قد تم التحقق من أن أعراض خرف ما قبل الشيخوخة (ألزهايمر) وأسبابه تشبه أعراض خرف الشيخوخة وأسبابه. ولذلك فإنه أصبح الآن من المعتاد أن نشير إلى هذا النوع من الخرف - وهو الأكثر شيوعاً - بأنه مرض

ألزهايمر، وعند حدوثه عند كبار السن فإننا نسميه خرف الشيخوخة (من نوع ألزهايمر).

وعموماً فإن أول مظاهر مرض ألزهايمر هي التغيرات الأساسية نفسها التي تحدث عند تقدم السن، ولكن تكون بشكل أوضح مثل الجمود المتزايد في التفكير، والتمركز حول الذات، وضعف التحكم بالانفعالات، التي ربما تسبق ظهور العلامات الواضحة للخرف. ولا مفر من ظهور ضعف الذاكرة والتركيز، وتناقص القدرة على أداء مهام الحياة، كما يصبح من الصعب تحمل السلوك الاجتماعي للمريض، ويحدث ذلك كله في مدة لا تتجاوز عدة سنوات.

ومن الأمور المهمة التي ينبغي البحث عنها وجود العمه الحركي[١١] (*Apraxia*) والحبسة الكلامية[١٢] (*Aphasia*) والعجز عن الكتابة (*Agraphia*) التي تعتبر عوارض لازمة لهذا المرض. كما يلاحظ بصورة أوضح مظاهر إهمال الذات والمظهر وما شابه ذلك، وتصبح جميع الملكات العقلية في حالة تدنٍ وتدهور.

وينتهي الأمر بالمرضى إلى الحد الذي يغدون فيه كالصدفة الفارغة التي تخلو من ملكاتهم وقدراتهم السابقة، ولا مجال لمساعدتهم، ويكونون غير قادرين على فهم ما يجري حولهم، وربما أصابهم سلس البول وسلس البراز.

وتسود في مرض ألزهايمر أعراض الاضطرابات الحركية، وكذلك أعراض اضطراب الفص الجداري (*Parietal Lobe*) مع تنح شديد في المنطقة

---

(١١) عدم القدرة على أداء أي حركة تتطلب شيئاً من التناسق، دون أن يكون هناك أي خلل في الأعصاب أو العضلات (المترجم).

(١٢) عدم القدرة على الكلام (المترجم).

الحصينيـة (قـرن آمـون)*(Hippocampus)* في الدمـاغ. وهنـاك أيضـاً تصلـب في العضلات، وعدم الاعتدال في المشي، وفقدان القدرة على معرفة المكان من حوله. ويحدث تدهور القدرات في هذا النوع من الخرف بدرجة أبطأ من حدوثه في الخرف العصيدي(خرف تصلب شرايين الدم في المخ) *(Atheromatous Dementia)*. كما لا يمكننا إغفال إمكانية حدوث خرف كاذب*(Pseudodementia)*، والذي يحدث غالباً لدى كبار السن بسبب حالة اكتئاب لم تكن ملحوظة تستجيب عادة بدرجة جيدة لأدوية الاكتئاب.

مرض كروتزفلت *(Crutzfeldt's Disease)*

وهو التهاب فيروسي حاد في الدماغ يعرف بأسماء مختلفة، مثل "كورو" عندما يصيب البابوا [١٣]، و"سكرابي" عندما يصيب الأغنام، واعتلال الدماغ الإسفنجي عندما يصيب الأبقار (جنون البقر). ويحدث هذا المرض في سن الكهولة[١٤] حيث يتصف بالرنح في المشي *(Ataxia)* وبتشنج ارتجاجي عضلي *(Myoclonus)* وخرف سريع التدهور يؤدي إلى ذهول الوعي والموت في غضون بضعة أشهر.

مرض بيك *(Pick's Disease)*

ينحصر الضمور الدماغي الوراثي الذي يحدث في هذا المرض في الفصين الجبهي والصدغي بشكل خاص، ولذلك فإنه يظهر عموما بأعراض متلازمة الفص الجبهي

---

(١٣) نوع من الحيوانات توجد عادة في المناطق الجبلية في غينيا (المترجم).

(١٤) ظهرت في الآونة الأخيرة حالات من هذا المرض في سن مبكرة نتيجة لتفشي مرض جنون البقر في بريطانيا بصورة وبائية (المترجم).

مع اضطراب في المعايير الأخلاقية. وهذا النوع من الخرف نـادر الحدوث، ويظهر أحياناً في مرحلة مبكرة خلال العقد الخامس من العمر. ويحدث فقد الذاكرة والخرف الواضح التدهور فى هذا المرض بنسبة أكبر مقارنة بحدوث الأعراض الحركية وأعراض اضطراب الفص الجداري. ومع مرور الوقت يصبح من الصعب تمييز هذا المرض عن مرض ألزهايمر.

رقص هنتغتن (*Huntington's Chorea*)

ينتقل هذا النوع من أنواع الخرف وراثياً بواسطة مورثات (*Genes*) سائدة. وتتمثل مظاهر هذا المرض في الحركات الرقصية وتبدل الحالة العقلية مما يؤدي عادة إلى الخرف. وتظهر سلسلة واسعة النطاق من الأعراض النفسانية قبل اتضاح الإصابة بالخرف، كما تعد الاضطرابات الزورانية (البارانوية) أكثر أنواع الذهانات شيوعاً. وتنتشر بين عائلات هؤلاء المرضى حالات الانتحار وإدمان الكحول واضطرابات الشخصية.

الجوانب النفسانية في الصرع

غالبا ما يغيب عن أذهاننا أن الإصابة بالصرع هي حدث مرعب ومخيف، لأن معرفة المرء بأنه قد يصاب فجأة وبدون سابق إنذار بفقدان كامل للوعي لهو أمر مزعج للغاية بالنسبة للمريض ولأسرته على حد سواء. ولهذا السبب فإن المريض بالصرع يحتاج - علاوة على العلاج المضاد للتشنج - إلى الدعم والإرشاد بدرجة كافية، حتى يتمكن من أن يحيا حياة طبيعية بقدر المستطاع، دون الحاجة

إلى عزله ومنعه من مزاولة نشاطاته المختلفة، كما هي الحال عند الأطفال المصابين بالصرع.

وتعد أهم الجوانب الطبية النفسية الخاصة بالصرع هي تلك التي تتعلق بصرع الفص الصدغي، والذهانات الصرعية. وغالباً مايرافق النوبة الصرعية التي تحدث في صرع الفص الصدغي (*TLE*) نوبات اضطراب مزاجية وتهيج وغضب وتغيرات تتوافق مع النشاط الصرعي الذي يظهر في تخطيط الدماغ الكهربائي (*EEG*). وقد لا يتم التعرف أحياناً على صرع الفص الصدغي، لأن الاضطراب الانفعالي سواء كان غضباً أم نشوة أم اضطراباً في الإدراك الحسي يلقي بظلاله بطريقة أو بأخرى على الجانب المتعلق بالنوبات المرضية من الاضطراب.

ولذلك ينبغي دائماً أن نتذكر هذا الأمر عند مقابلة مريض يعاني من اضطراب سلوكي، أو تغير في المزاج يحدث على شكل نوبات.

إن ارتباط الصرع بالذهان أمر يسترعي الانتباه، لأنه كان يُعتقد في الماضي أن حدوث الصرع يقي الفرد من الإصابة بالفصام أو يخفف من حدته[١٥]. والواقع أن ذلك غير صحيح، بل هناك ارتباط وثيق بين الصرع والذهانات الفصامية الشكل (*Schizophreniform Psychosis*)، والفكرة السائدة عن هذا النوع من الذهانات أنها ذهانات عرضية، أي أنها تحدث بسبب الصرع وليست مستقلة عنه.

كما أن هناك علاقة وثيقة بين صرع الفص الصدغي وحدوث الذهانات الصرعية.

وقد وصف بعضهم في الماضي حدوث تغيرات في الشخصية لدى مرضى الصرع المزمن، الذين لم يتم علاجهم بصورة جيدة. وتشمل تلك التغيرات

---

(١٥) كان هذا الاعتقاد على خطئه مدخلاً نظرياً لاكتشاف طريقة العلاج بالرجفة المحدثة كهربياً (المترجم).

الملحوظة بعض الصفات مثل الميول إلى جمود التفكير والعزلة والسلوك المضطرب. ولا تعد هذه التغيرات شائعة في الوقت الحاضر، كما أنه ربما كان لها علاقة بالإقامة الطويلة الأمد في المؤسسات العلاجية، إضافة إلى آثار الإفراط في تعاطي الأدوية.

ولعل الارتباط الوحيد بين الصرع وتغير الشخصية هو ارتباط ظاهري على الأقل بين صرع الفص الصدغي واضطراب الشخصية.

المتلازمات المصاحبة لأورام المخ

إن الأنماط الشائعة التي تظهر بها أورام المخ هي:

١ - الصرع.

٢ - علامات ارتفاع الضغط داخل الرأس مثل: الصداع، ووذمة الحليمة البصرية (*Papilloedema*)، والغثيان، والدوار.

٣ - مظاهر التلف العام أو الموضعي في المخ مثل: الحبسة الكلامية و العمه الحركي و الخرف والخزل (الشلل الخفيف).

وليس من النادر أن تظهر الأورام بأعراض نفسانية بحتة، ولكن الأمر الأكثر خداعاً هو حدوث ورم في مريض يعاني من أعراض عصابية مزمنة. وفي كلا المثالين إذا لم يكن الطبيب يقظاً فسوف يخطىء التشخيص إلى أن تظهر علامات تلف جسيم.

ومن المحتمل أن حوالي ٥٠٪ من المرضى الذين يعانون من ورم دماغي يظهر مرضهم ابتداء بأعراض نفسانية. وهذا مما يزيد العبء على الطبيب في تقييم تلك الأعراض وتشخيصها، وخصوصاً لدى الأطفال، والكهول الذين هم عرضة أكثر من غيرهم للإصابة بالأورام.

وينبغي دائما الاستفسار عن المظاهر التالية بعناية قصوى، ومن ثم تقييمها:

١ - تغيّر طفيف وتدريجي في الشخصية على نحو خفي. ٢ - تدني مظهر المريض. ٣ - تغير في المعايير الأخلاقية والمعنوية. ٤ - حدوث فتور ولا مبالاة وتبلد عاطفي.	تشير إلى وجود أورام في الفص الجبهي من المخ *(Frontal Lobe)*
٥ - انعدام احترام المريض للآخرين بصورة غير عادية. ٦ - ضعف التركيز. ٧ - ضعف الذاكرة ٨ - هلاوس	تشير إلى وجود أورام في الفص الصدغي من المخ *(Temporal Lobe)*
٩. نوبات نعاس	تشير إلى وجود أورام في البطين الثالث من المخ *(Third Ventricle)*

ويعتبر اضطراب النوم الانتيابي[16] *(Narcolepsy)* سبباً نادراً لنوبات النعاس، والذي تصاحبه تغيرات مميزة في تخطيط الدماغ الكهربائي، كما يُظهر استجابة جيدة للعلاج بالأمفيتامينات.

---

(١٦) هو أحد اضطرابات النوم الذي يتصف بزيادة ساعات النوم خلال النهار مع اضطراب النوم ليلا وحدوث نوبات نوم مفاجئة نهارًا إضافة إلى حدوث ارتخاء مفاجئ في جميع عضلات الجسم. ويصاحب هذا الاضطراب حدوث هلاوس نعاسية وشكوى المريض من عدم القدرة على تحريك أي جزء من جسمه *(Sleep Paralysis)* خصوصًا عند الاستيقاظ من النوم صباحاً وهو ما درج الناس على تسميته الجاثوم (المترجم).

المراجع

* *Bonhoffer, k (1910) Die symptomatischen Psychosen in Gefolge von akuten Infectionen und innere Erkrankungen. Deuticke, Leipzig.*

قراءات إضافية

Bonh¬ffer, K. (1974). Exogenous Psychoses. In: Hirsch, S.R. and Shepherd, (Eds.). *Themes and Variations in European Psychiatry.* John Wright, Bristol.

Flohr-Henry, P. (1976). Epilepsy and Psychopathology. *Recent Advances in Cliical Psychiatry,* 2, 262-95.

Keschner, M., Bender, M.B. and strauss, I. (1938). Mental symptoms Associated with Brain Tumor. *Journal of the American Medical Association,* 110, 714-18.

Lishman, W.A. (1980). *Higher Cortical functions in Man.* Basic Books, New York.

Luria, A.R. (1989). *The Working Brain. Penguin, London.*

Slater, E., Beard, A.W. and Clithero, E. (1963). The Schizophrenic Psychoses of Epilepsy. *British Journal of Psychiatry,* 109, 95.

Symonds, C. (1992). Concussion and its Sequelae. Lancet, 1, 1.

Wolff, H.G. and Curran, D. (1935). The Nature of Delirium and allied States; Dysergastic Reaction. *Archives of Neurology and Psychiatry* (Chicago), 33, 11750215.

الفصل الخامس

العُصاب واضطرابات الشخصية

Neurosis and Personality Disorders

مقـــدمة

تمثل الذهانات العضوية أوضح مثال لمفهوم المرض في الطب النفسي. ففي هذه الاضطرابات يؤدي الخللُ العضوي فى الدماغ إلى حدوث متلازمات نفسانية يسهل التعرف عليها. ويكون هذا المفهوم أقل وضوحاً في حالة الذهانات الوظيفية، مثل الفصام والذهان الهوسي الاكتئابي حتى مع وجود الانطباع بحدوث اضطراب كيميائي حيوي.

أما بالنسبة للعصاب واضطرابات الشخصية، فإن هذا المفهوم يكون أضعف ما يمكن، لأن الاضطراب في هذه الحالات هو اختلاف في درجة الأعراض الطبيعية (اختلاف في الكمية) لا في حدوث نوعية غير مألوفة من الأعراض، على عكس الذهانات العضوية والوظيفية التي يكون الاضطراب فيها بسبب حدوث أعراض غير مألوفة (اختلاف في النوعية).

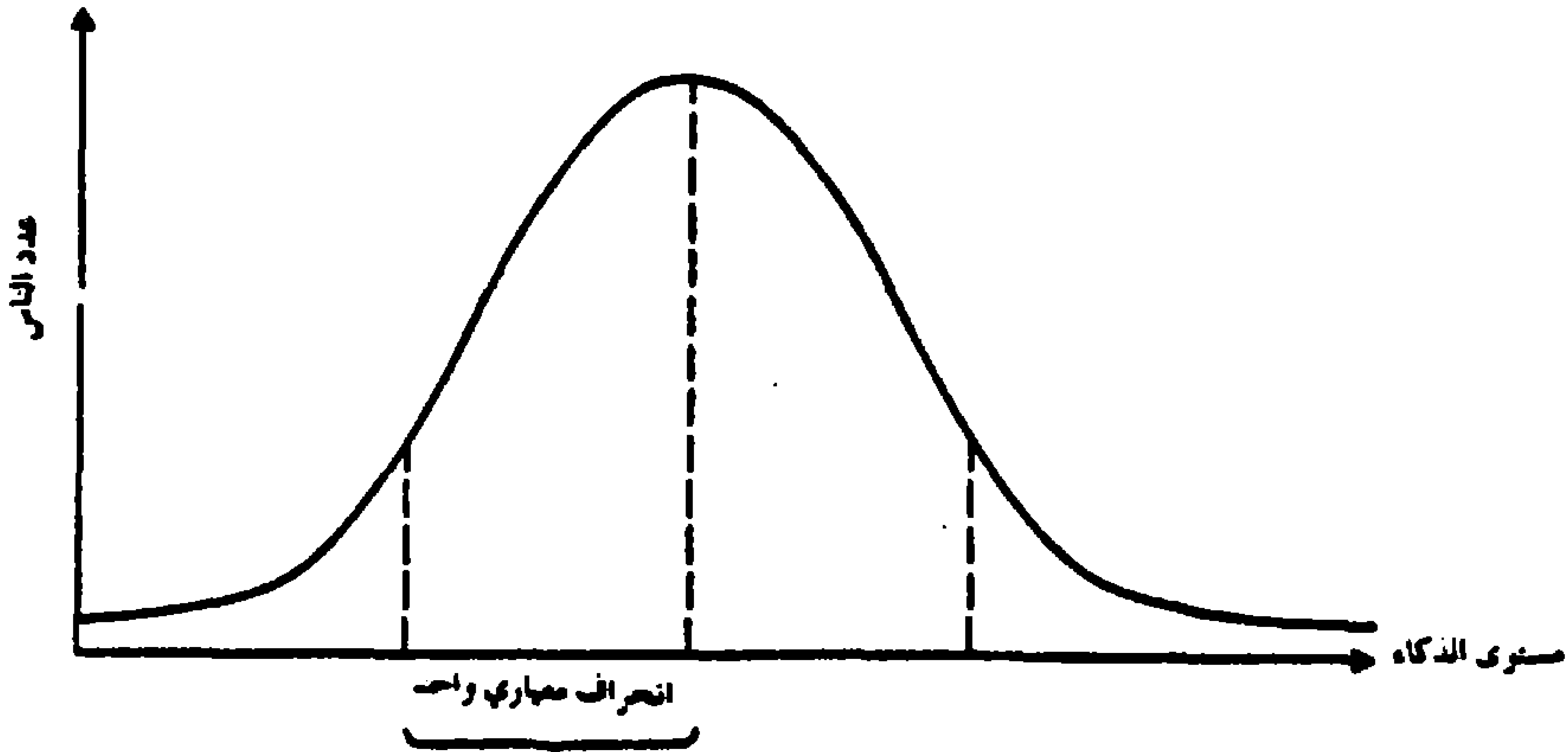
وثمة العديد من الأسباب التي تؤدي إلى القلق العصابي والاكتئاب، وهما غالبا ما يصيبان ذوي الشخصيات المضطربة أو الشخصيات الضعيفة التحمل المعرضة للإصابة بشذوذ الشخصية. ويدل ذلك على أن العصاب واضطراب الشخصية اضطرابان ممتزجان. ويجد الكثيرون أن من الصعب اعتبار اضطراب

الشخصية مرضاً قائماً بذاته، لأن الشخصية لا تمثل تغيراً مَرَضياً في الشخص، وإنما هي صفات بشرية، مثلها مثل القبح والجمال، فهي جزء من حقيقة الشخص وطبيعته.

مفهوم الشخصية

عندما يعالج الأطباء النفسانيون تغيرات الشخصية، فإنهم يواجهون مشكلة عويصة تتمثل في البحث عن نموذج محدد يتناسب مع الطبيعة اللامحدودة للشخصيات البشرية في المجتمع الإنساني. إن معالجة كل حالة باعتبارها فريدة من نوعها تماماً دون وضع مبادىء عامة يكون الطبيب قد استقاها من خلال تعامله مع مرضى سابقين فإن ذلك يعني أنه بإمكان المريض أن يستشير أي شخص على حد سواء. وفى المقابل فإن تصنيف الناس بشكل اعتباطي إلى بضع مجموعات يؤدي بالتأكيد إلى إغفال كثير من الأمور في شخصية الفرد.

ولفهم هذا التنوع اللامحدود من الشخصيات بطريقة يمكن للمختص أن يتعامل معها، فإننا ندرس قياس أي بعد من الأبعاد النفسية، كالذكاء مثلا (شكل رقم ١).



شكل رقم (١)

لقد حُدّد متوسط ذكاء الأفراد الأسوياء بـ ١٠٠ نقطة. ويبلغ الانحراف المعياري الواحد (الفرق بين مجموع نقاط كل شخص وبين المتوسط) حوالي ١٥ نقطة. ويقع ثلثا عدد السكان ضمن حدود انحراف معياري واحد (أي أن مستوى ذكائهم *(IQ)* يقع بين ٨٥ و ١١٥ نقطة)، بينما يقع جميع أفراد السكان باستثناء ٣٪ منهم ضمن حدود انحرافين معياريين (أي أن مستوى ذكائهم *(IQ)* يقع بين ٧٠ و ١٣٠ نقطة). أما الأشخاص الذين يكون مستوى ذكائهم خارج هذا النطاق فيوصفون بأنهم خارج (الحد الطبيعي)، وربما يكونون شاذين عقلياً (إما متخلفين حينما يحققون نقاطاً أقل في مقياس الذكاء (*IQ*)، أو نابغين حينما يحققون نقاطاً أكثر).

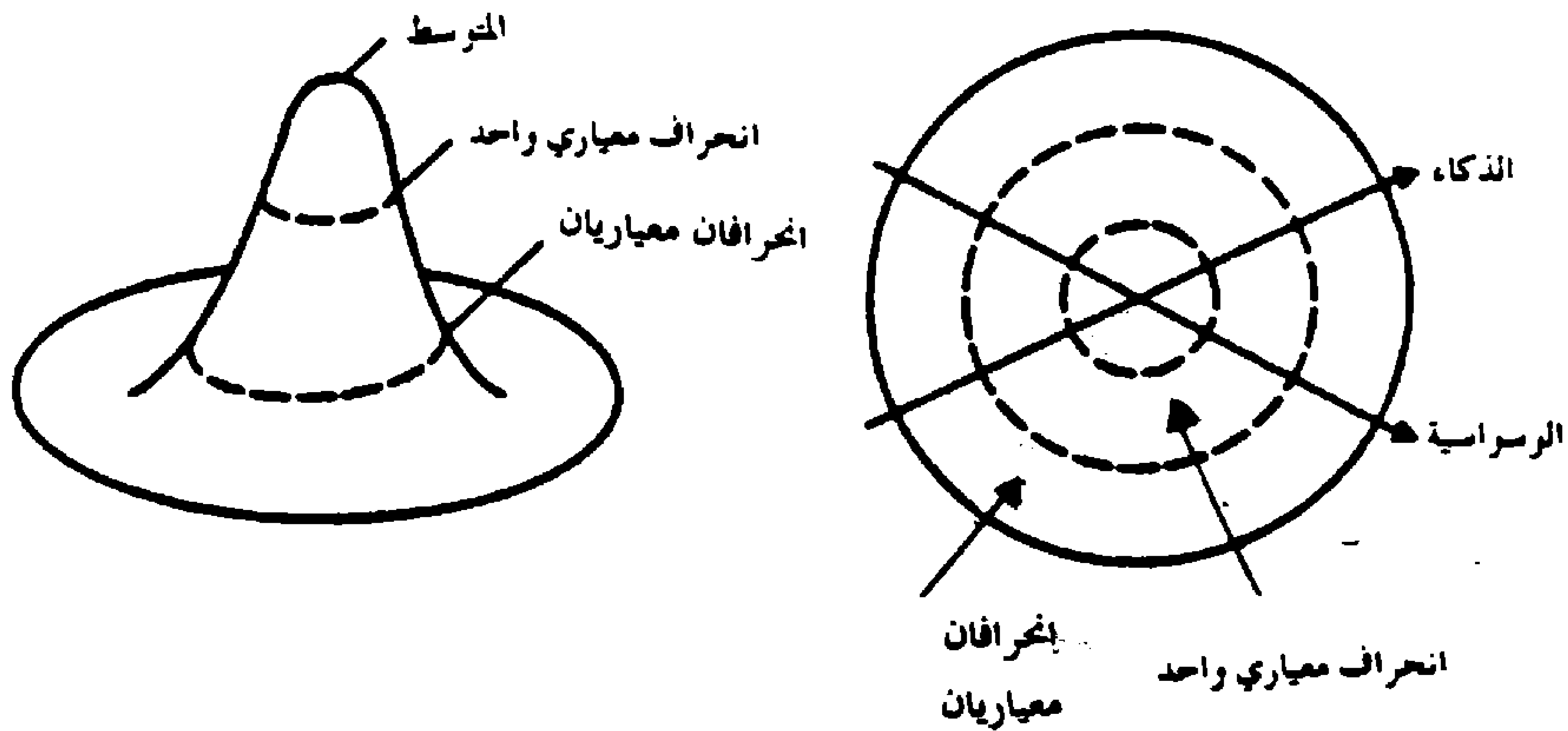
وبالمثل فإن أي متغير نفسي يمكن قياسه بواسطة أي تركيب اعتباطي لمقياس والذي يكون عادة على هيئة استبانة، ثم يتم اختبار ثباته وصدقه . وعلى سبيل المثال: يعد اختبار الذكاء غير ثابت إذا اختلفت نتائجه عند تطبيقه على مريض واحد، بواسطة فاحصين مختلفين. وقد لا يقيس اختبار الذكاء ما يفترض أن يقيسه، فمثلا قد لا يقيس هذا الاختبار مستوى الذكاء، وإنما يقيس فقط القدرة على تعبئة الاستمارات، وفي هذه الحالة يفقد هذا الاختبار صدقه.

وغالباً ما ترتبط سمة الخجل بالشخصية الحساسة . ويوضح ذلك تراوح سمات الشخصية بين التوسط والانحراف والذي يشكل جزءاً من النطاق الطبيعي لأي خاصية من خواص الشخصية. فقد يُعتقد مثلا أن الاجتماعات المدرسية كانت سبباً في حدوث نوبات إغماء لمجموعة من الطلاب، والتي تعقبها مناقشات مملة حول ما إذا كان التغير الشديد في الطقس سبباً في ذلك الإغماء. لكن تبيّن فيما بعد أن الأطفال كانوا يصابون بالإغماء (بغض النظر عن درجة الحرارة) أثناء (إعلانات المدير) التي تبدو مزعجة لهم بعض الشيء حينما يرافقها تصريح ببعض الملاحظات الاتهامية، مثل قوله (لقد سرق شخص ما بعض الكتب من

المكتبة) فيشعر الطفل بالذنب، لأنه يظن أن المدير يشير إليه. وفي الواقع إن هذه المشاعر تنتشر عادة بين الناس بشكل طبيعي. وعندما يشعر الطفل مثلاً بأن أعين المدير وجميع من في المدرسة تحدق في قفا عنقه فإن وجهه يحمر خجلاً، وفي بعض الحالات النادرة يغمى عليه.

كما تظهر على هؤلاء الفئة من الناس نزعة نادرة لتفسير العبارات العامة على أنها موجهة إليهم شخصياً. وعندما يبلغون سن الرشد فإنهم على سبيل المثال يكونون من ذلك النوع من الناس الذين يظنون أن الجالسين إلى طاولة في مطعم وهم يضحكون أثناء دخولهم إنما يضحكون منهم. فالشخص من أولئك يُوصف بأنه يعاني من اضطراب الشخصية الحساسة، وإذا ما تم تشخيصه - على سبيل المثال - بأنه يعاني من إدمان الكحول، فإنه إنما كان يتعاطاه بهدف التخلص من هذه المشاعر المثيرة للانزعاج.

ولنأخذ الآن نسخة مجسمة من *منحنى غاوس* (هضبة الغاوسية) التي تبدو أقرب شبهاً إلى قبعة مكسيكية (شكل رقم ٢).

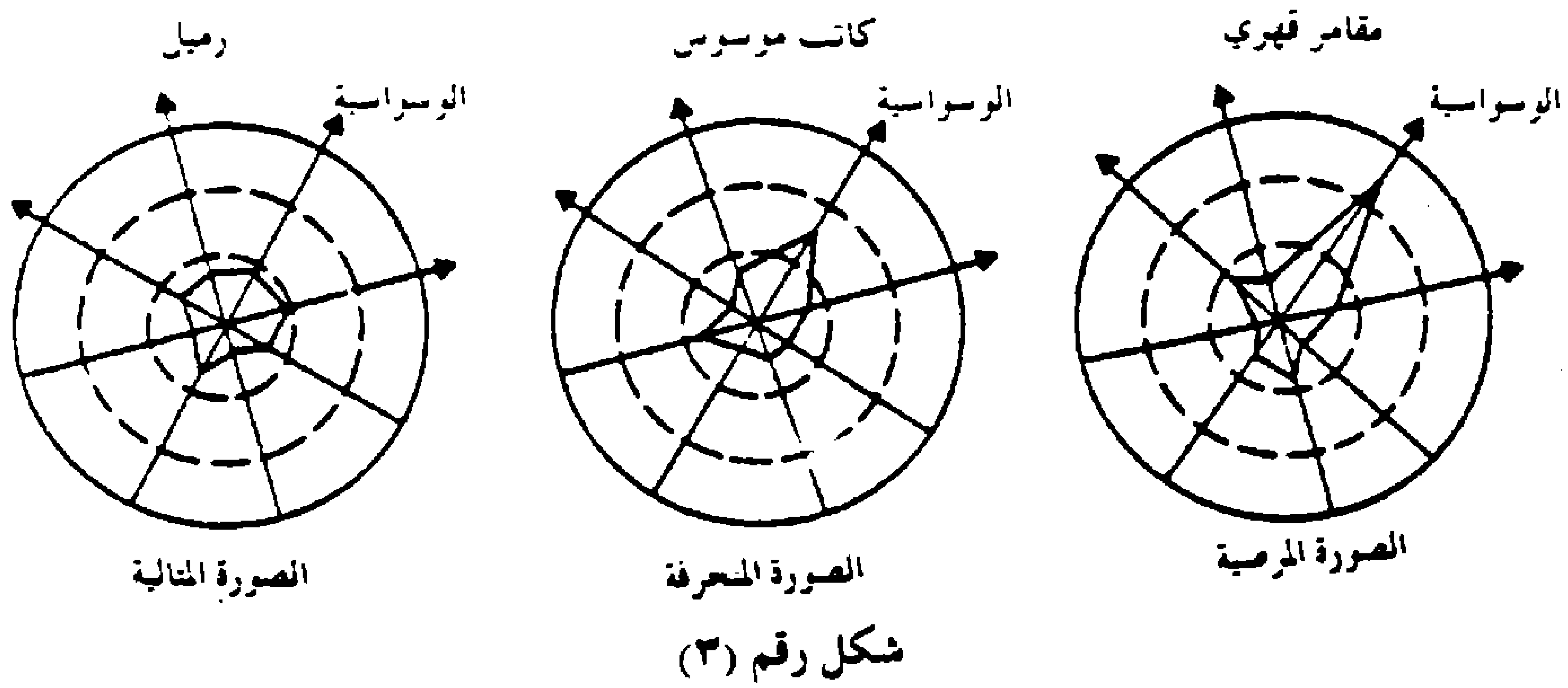


شكل رقم (٢)

تبدو (الهضبة الغاوسية للشخصية) عند النظر إليها من أعلى على شكل دائرة، وأي مقطع رأسي خلال مركز الهضبة إنما هو قطر للدائرة. أما في الواجهة فيبدو القطع الحافي بين سطح الهضبة والمقطع الرأسي على شكل منحنى غاوس. ويمثل القطع أيا من الأبعاد النفسية مثل الوسواسية أو الخجل أو الحساسية أو غير ذلك.

ويمكن رسم عدد لا نهائي من الأقطار على الدائرة، والذي يحدّد كل منها خاصية تعرف بالبعد النفسي للشخصية. وتعد الطريقة الإحصائية مكملة للطريقة الرمزية التي تستخدم في المجلات العلمية، فنقول إن الطريقة الأولى (الإحصائية) تقيس الشخصية، بينما الطريقة الأخرى (الرمزية) تصف سمات الشخصية.

إن كثيراً من اختبارات القياس النفسية *(psychometric tests)* تعرف بأسماء مخترعيها، وغالباً ما نختم الرمز المشتق من حروفها الأولى بحرف *(I)* المشتق من كلمة *(Inventory)* والتي تعني (استبانة). فعبارة (استبانة ميلون الإكلينيكي المتعدد المحاور *The Millon Clinical Multiaxial Inventory) (MCMI)*) هو مجموعة من الاختبارات الخاصة بعدة أبعاد نفسية تستخدم لإعطاء رسم بياني للشخصية. وهو يقدم تحليلاً صادقاً وثابتاً للشخصية (شكل رقم ٣).



شكل رقم (٣)

ويلاحظ أن المريض الذي يدل القياس النفسي لبعد الحساسية عنده على وجود أكثر من انحرافين معياريين عن المتوسط يكون إما بارانوياً (غير طبيعي)أو حساساً جداً فحسب، لكنه لا يزال يعد إنساناً طبيعياً (أي يقع ضمن التوزيع الطبيعي لمنحنى غاوس)، مثله مثل الرجل الذي يزيد طوله قليلاً على المترين، فإما أن يكون لديه اضطراب في الغدة النخامية (غير طبيعي) أو أنه طويل جداً لكنه لا يزال ضمن الحدود الطبيعية للطول.

وإذا أخذنا بعين الاعتبار كيفية صياغة الشخصية من الناحية العلمية فإن كلمة (شاذ) *(abnormal)* قد استخدمت بمعناها الإحصائي الدقيق، أي المختلف نوعياً لا كمّياً عن أي شيء في التوزيع الطبيعي (الغاوسي). لكن الملاحظ أن كلمة (شاذ) في جميع المقالات العلمية التي تُعنى باضطراب الشخصية قد استخدمت بمعناها العامي الدارج، لتدل على وجود انحراف عن المتوسط. ومن المؤسف عدم وجود معنى واضح لهذه الكلمة لكن يكفي أن نتذكر أن الشخصية الشاذة هي ذلك النوع من الشخصية الذي نجده مثلاً في التفكك الفصامي للشخصية. وفي الفقرة التالية سنستعمل كلمة (شاذ) بالمعنى الفضفاض لكلمة (منحرف).

الشخصية الشاذة والاعتلال النفسي

يتصرف كثير من الناس تصرفاً شاذاً منذ طفولتهم. ويتمثل هذا الشذوذ في التصرفات المعادية للمجتمع، وإدمان المخدرات والكحول، وفي عدم التلاؤم الاجتماعي، والقابلية المفرطة للتأثر، وكذلك في غرابة الأطوار بشكل أو بآخر.

وينظر إلى هذا الشذوذ على أنه جزء من تكوينهم أكثر من كونه مرضاً مكتسباً، ولهذا السبب فإن أخطاءهم السلوكية تلك تعزى إلى شذوذ شخصياتهم. والشخصية هي مجموع الصفات المميزة المختلفة، ومن بينها على

سبيل الذكر الصفات الفكرية والوجدانية والجسدية التي تعطي لكل شخص تميزه وكذلك مشابهته لأقرانه في آن واحد.

وتوجد هذه الصفات بدرجة ما عند كل فرد، ولذلك حين نتكلم عن الشخصية السوية وغير السوية (الشاذة) فليس معنى ذلك أننا نفترض حدودا تفصل بين فئتين، بل إننا نحدد شخصية المرء بأنها موجودة في مكان ما على منحنى التوزيع الطبيعي. وبهذه الطريقة فإن الشواذ هم أولئك الذين ينحرفون انحرافا ملحوظا عن المتوسط، والأسوياء هم سواد الناس.

وتتميز هذه الطريقة في النظر إلى الشخصية بفائدة كبيرة، نظرا لأهميتها من الناحية التجريبية. كما يمكن أن تمضي الأبحاث إلى أبعد من ذلك وتحاول تحديد العلاقات النفسية المتبادلة بين الصفات المميزة للشخصية، علما بأنه قد سبق القيام بكثير من الأبحاث القيمة من هذا النوع.

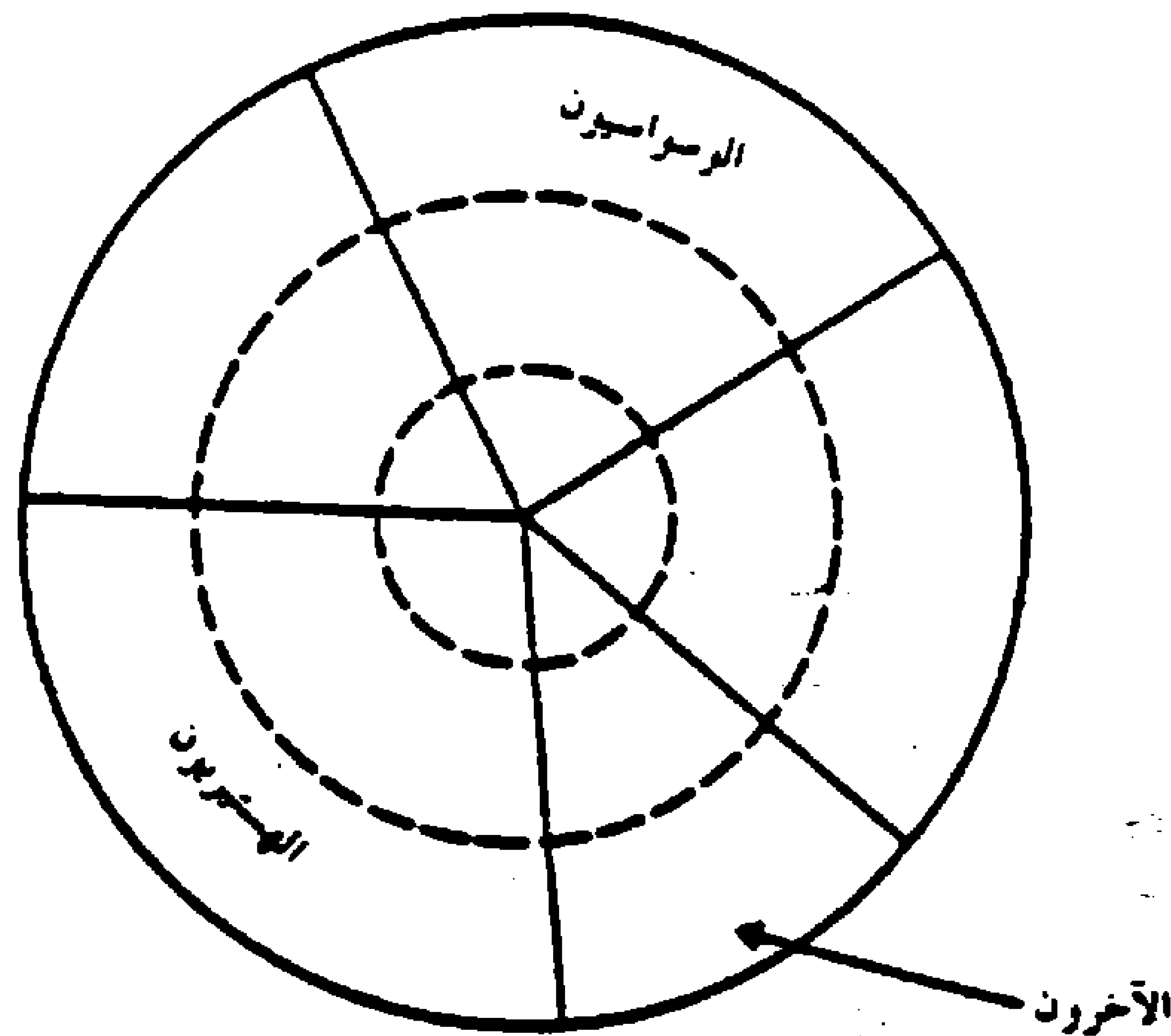
وقد كانت طريقة الطب النفسي في دراسة الشخصيات الشاذة على الأغلب ذات طبيعة إكلينيكية، ولم يضف استعمال مصطلح *(السيكوباتي)* (المعتل نفسيا) أي فائدة تذكر.

وبصورة عامة يميل الأطباء النفسانيون إلى وصف المرضى ذوي الشخصيات الشاذة بأنهم سيكوباتيون، ولكن الأمر فى الحقيقة ليس كذلك في جميع الأحوال. فقد قام شنايدر (*Schneider*) فى عام ١٩٥٨م بتعريف السيكوباتية بأنها الشخصية الشاذة التي تعاني من شذوذها أو تسبب المعاناة للمجتمع؛ وهذا التعريف هو المستخدم في هذا الكتاب. ولهذا التعريف ميزة عظيمة الأهمية، وهي أنه يقر بأنه من الممكن أن يكون امرؤ ما ذا شخصية شاذة (أو غير عادية أو منحرفة، لكي نكون دقيقين من الناحية الإحصائية) دون أن ينظر إليه بشكل من الأشكال على أنه مريض أو معاد للمجتمع، أي أنه - أي

التعريف - يفرق بين الشخصيات الشاذة (المرضية) والشخصيات الشاذة (غير المرضية) وهذا أمر مهم، لأن مصطلح (سيكوباتي) صار ينظر إليه في الدوائر العلمية الإنجليزية والأمريكية على أنه نوع من الشتيمة.

ولسوء الحظ فقد ازداد الوضع تعقيداً (في انجلترا وويلز) بسبب قانون ١٩٥٩م للصحة العقلية الذي يؤكد تعريف الاضطراب السيكوباتى فيه على أهمية وجود السلوك غير المسؤول أو المعادي للمجتمع فى هذا الاضطراب.

ولقد صنف الأطباء النفسانيون الأشخاص السيكوباتيين بطريقتين رئيستين: أولاهما بتحديد مجموعات يكون اضطراب الشخصية فيها مصنفاً بطريقة مشابهة للمتلازمات الإكلينيكية، مثل السيكوباتي الفصامي والسيكوباتي الهستيري. والأخرى بتحديد المجموعات على أساس وصفي، مثل السيكوباتي القاصر، والسيكوباتي العدواني. وهذان التصنيفان هما اختزالان ملائمان من أجل التقليل من التنوع اللامتناهي الاعتباطي إلى حد ما، وكذلك من أجل تصنيف الشخصيات في مجموعات محددة (شكل رقم ٤).



شكل رقم (٤)

وهذا الوصف (سيكوباتي قاصر) وإن كان مناسبا، فإنه لا يغني عن ضرورة إعطاء وصف مختصر دقيق لسمات الشخصية، الذي يعد مهما من أجل تحديد خلل تلك الشخصية الذي يجب أن نسعى في علاجه. وما الأصناف الواردة في التصنيف العالمي للأمراض *(ICD)* إلا هذه الأوصاف الموجزة لأكثر الأعراض حدوثا.

أنماط الشخصيات الشاذة

الشخصية غير المرضية (المنحرفة) (deviant) (Non Pathological):

يدخل في هذا الصنف كثير من الناس من ذوي النبوغ. ومع أن بعض الخبراء يسميهم سيكوباتيين، فإنه لا يبدو هناك مبرر لذلك.

الشخصية المرضية (السيكوباتية)

تشمل الحالات الشاذة التي تسبب الأعراض عند المريض ما يلي:

١ - توهم المرض.

٢ - عدم الاتزان.

٣ - تقلب المزاج.

٤ - إساءة استخدام العقاقير.

وقد تؤدي هذه الحالات بالمريض إلى دخول المستشفى.

بينما تشمل الحالات الشاذة التي تسيء إلى المجتمع ما يلي:

١ - إيحاءات انتحارية.

٢ - السلوك المعادي للمجتمع ـ الانتكاسية *(recidivism)*.

٣ - انعدام بعد النظر الذي يؤدي بدوره إلى إشباع أي رغبة يشعر بها.

٤ - السلوك المتصف بسرعة الانفعال.

٥ - الانحراف الجنسي.
٦ - القصور الاجتماعي.
٧ - عدم القدرة على الاحتفاظ بعلاقات شخصية مستقرة.

وقد تؤدي هذه الحالات بالمريض إلى دخول المستشفى أو دخول السجن كما هو شائع.

إن السمة اللافتة للنظر لدى كثير من السيكوباتيين هي المدى الكبير من ضعف النضج في نمو الشخصية، فهم يتفاعلون مع النزوة اللحظية تماماً كما يفعل الطفل الصغير الذي تنتابه نوبات الغضب، إن لم يتم إشباع رغباته على الفور. وهذا الشيء نفسه هو الذي يقودهم إلى ارتكاب جرائم لها عواقب وخيمة.

العـــــلاج

كما أن الإنسان لا يمكنه تغيير طوله، والنمر لا يستطيع تغيير النقط الموجودة على جلده، فليس هناك علاج يغيّر شخصية المرء. غير أن النمر وإن لم يكن بإمكانه تغيير النقط الموجودة على جلده، فإن بإمكانه أن يدرك أنها موجودة عليه، وأن يجد الأعذار الضرورية لها. وكذلك الأمر بالنسبة للرجل الطويل جداً الذي يعاني من الصداع لأن رأسه يصطدم بإطار الباب، فإنه يتعين عليه أن يتعلم أن يخفض رأسه أو يوسع إطار الباب أو ينتقل إلى منزل أبوابه عالية. لكن عليه أولاً أن يتفهم مصدر الصداع لديه ويتقبله. وعلاج السيكوباتي مماثل لهذه الحالة. فمن الممكن تنمية البصيرة لديه. ويتم ذلك بفعالية أكبر من خلال العلاج النفسي الجماعي، حيث يستطيع المرضى إزالة الحجب عن أعين بعضهم البعض.

إن عرض أحد المرضى لسلوكه السيكوباتي أمام الآخرين في جلسات العلاج الجماعي هو طريقة لجعل المرضى الآخرين يدركون بموضوعية تلك الأعراض التي يسعى الطبيب في علاجها. كما أن طريقة معالجة المريض تسلّم بأهمية كلٍ من القوى الاجتماعية والمجموعة العلاجية في التأثير على السلوك.

وخلافاً للاعتقاد السائد بأن السيكوباتين لا يمكن شفاؤهم، فإنه لوحظ أنهم يتحسنون من خلال هذا اللون من العلاج.

حالات العُصاب

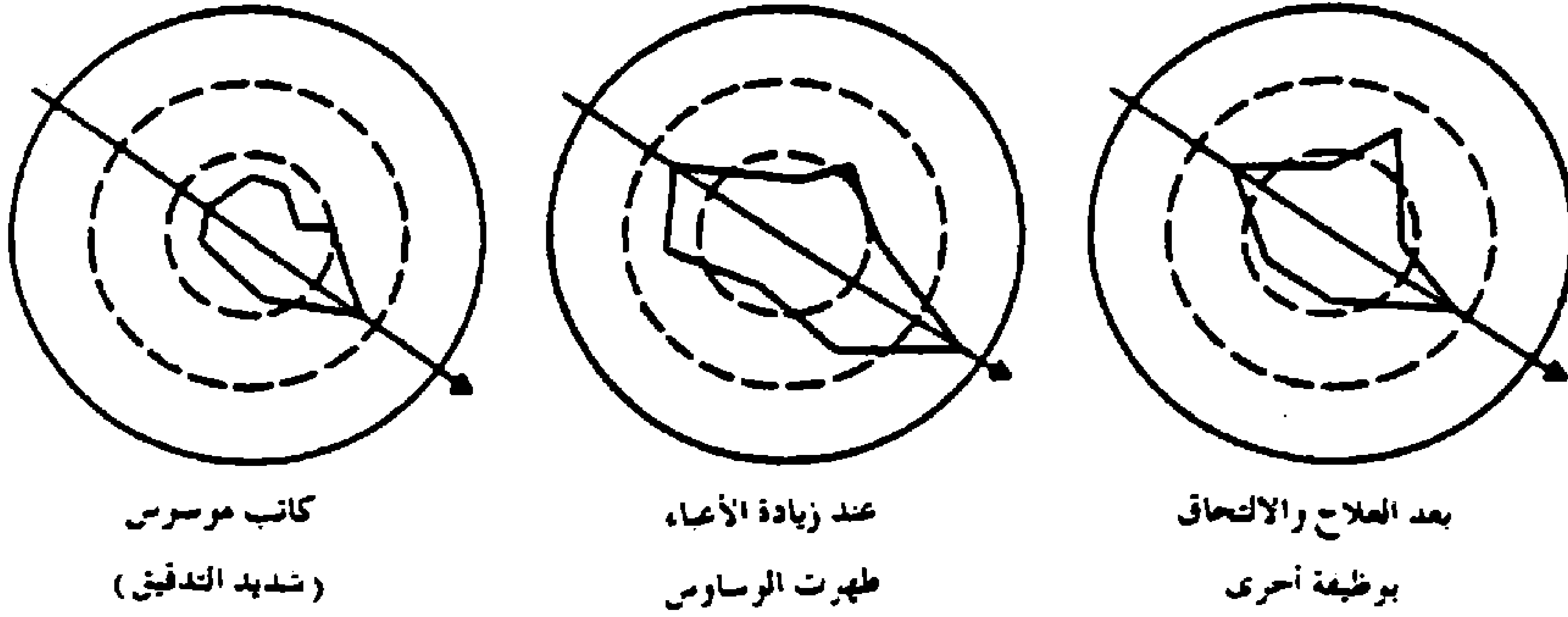
عند النظر في تصنيف الأمراض العصابية (٣٠٠)[١] واضطرابات الشخصية (٣٠١)[٢] حسب التصنيف الدولي للأمراض لا يلبث أن يظهر لنا أن المسميات نفسها قد تستخدم لكل منهما، مثل العصاب الوسواسي (٣٠٠.٣)[٣] واضطراب الشخصية الوسواسية(٣٠١.٤)[٤]، لأن الشخص المنحرف على بعد من الأبعاد يتجه تحت تأثير الإجهاد والضغوط إلى المعاوضة، وذلك بأن يصبح أكثر انحرافاً على ذلك البعد. ويسمى هذا التوتر النفسي العصاب، وفيه تصبح الشخصية الموسوسة الحساسة متحذلقة استحواذية تستبد بها الهواجس. ولو نجح علماء النفس في إيجاد وسائل وأدوات دقيقة بدرجة كافية (من الثبات والصدق)، لكان بإمكاننا عند البحث والتحقيق أن نصل إلى مثل النتائج المبنية في شكل رقم (٥).

إن التدهور في مجموع نقاط الوسوسة على المقياس النفسي (مثل التوتر النفسي تحت تأثير ضغط البطالة) إلى أكثر من انحرافين معياريين، واختفاء ذلك التدهور عند الحصول على عمل يدل على أن العصاب بوصفه ظاهرة يمكن تشبيهه بالشخصية المرضية المؤقتة.

---

(١) (٢) (٣) (٤) أرقام تصنيفية في نظام التصنيف الدولي التاسع (ICD 9)(المترجم).

استبيان ميلون الاكلينيكى المتعدد المحاور



شكل رقم (٥): نماذج الانحراف في تصنيف العصاب.

وثمة مفهوم عام للعصاب يعرفه على أنه اضطراب نفسي يتميز بمّا يلـي :

١ - غياب بعض الأعراض مثل الهلاوس والضلالات واضطراب التفكير والضعف الفكري.

٢ - حدوث القلق.

٣ - أعراضه بسيطة ومزمنة.

٤ - بصيرة المريض بمرضه.

٥ - عدم وجود تغير في الشخصية.

وهـذه الأعراض على النقيض تماما من الذهانات التي تعد اضطرابات شديدة وتتصف بما يلي:

١ - وجود بعض الأعراض مثل الهلاوس والضلالات واضطراب التفكير والضعف الفكري.

٢ - اضطراب شديد في المزاج .

٣ - ضعف أو انعدام بصيرة المريض بمرضه.

٤ - الغياب النسبي للقلق.

٥ - تغير الشخصية.

وتعد الاضطرابات العصابية اضطرابات شائعة، حيث تمثل ٢٠ - ٢٥٪ من عدد المرضى الذين يقصدون الأطباء في العيادات العامة. وتشمل العصابات المذكورة في هذا الفصل ما يلي:

١ - القلق.

٢ - الهستيريا.

٣ - الاضطراب الوسواسي.

٤ - توهم المرض.

القلـــق

القلق ظاهرة عامة يعاني فيها المريض من شعور مماثل لشعور الخوف أو التوجس، ويرافقه عادة اضطرابات لا إرادية (فرط نشاط الجهاز العصبي السمبتاوي) (الودي) تتميز بما يلي:

١ - تسارع ضربات القلب، وارتفاع ضغط الدم.

٢ - خفقان القلب.

٣ - جفاف الفم.

٤ - إسهال، وألم في أعلى البطن، وغثيان.

٥ - توسع بؤبؤ العين.

٦ - تعرق.

٧ - تكرار التبول.

٨ - صداع.

ومع شيوع القلق، فإنه لا يعد اضطراباً مرضياً في كل الأحوال، ومن المفيد أن نفرق بين القلق الصحي والقلق المرضي. فالقلق الصحي يحس به معظم الناس، ومن الأمثلة عليه الضغوط غير المألوفة كالامتحانات، والمقابلات الشخصية ... الخ. فهو استجابة طبيعية لحالة غير عادية، إذ أنها استجابة تكيفية من جانب الشخص تهيئه لمهمة أو لمحنة تتطلب منه المزيد من الجهد، وتضع أمامه مطالب ملحة غير عادية. أمّا القلق المرضي فأمره مختلف، فهو استجابة تتصف بسوء التكيّف ولا تخدم غرضاً نافعاً، بل على العكس من ذلك.

وفي أكثر الأحيان يتخلل القلق الحياة العقلية للشخص، فيصبح كابحا لا حافزا. وسرعان ما يدرك المصاب بالقلق المرضي تلك الطبيعة المتناقضة لمرضه. ويحدث القلق سواء في حال وجود أو عدم وجود ما يعتقد بأنه أسباب واضحة في حدوث القلق. ومع أن المريض يدرك أن هذه المخاوف غير منطقية وغير مبررة، فإنه مع ذلك يدافع عن عجزه وضعفه، ويضخم ويتفحص ويفكر مليا في مضمون قلقه.

أسباب القلق

السـن

يكثر القلق في سن المراهقة والشيخوخة. فالمراهقة يمكن أن تكون؛ بل هي غالبا ما تكون فترة توتر واضطراب، إذ يتعرض الشباب لجميع أنواع الضغوط في هذه الفترة من حياتهم. ويعد النمو الطبيعي للمراهق فترة يسهل خلالها استثارة الانفعالات العنيفة لديه، وهي انفعالات يجد الأشخاص صعوبة في توجيهها، فهم في مرحلة من الحياة (بين بين) لا تنطبق عليهم فيها صفة الرشد ولا صفة الطفولة.

وكثيرا ما يكون المراهق مفرط الحساسية سريع الاستثارة، وخاصة بشأن مظهره الذي يكون في بعض الأحوال مغطى بالبثور. كما يعوز المراهق في تلك الفترة من العمر فن اللباقة. وليس من المدهش حدوث بعض الإحباط للوظيفة الجنسية المتنامية في تلك الفترة من العمر نتيجة للإعلانات التي تمدح مزايا الجلد الناصع (الخالي من البثور) أو بنية الجسم المتناسقة.

ويزدحم عقل المراهق، أيضا، بعدة تساؤلات مثل: هل سيحصل على عمل؟ وهل سيكون عملا مناسبا وهل سيدخل الجامعة، وهل ستثبت كفاءته اجتماعيا وجنسيا، وفي غيرها من نواحي الحياة الأخرى عند وضعه على المحك؟ والمشكلة أن كل امرئ يسدي له نصيحة تناقض نصائح الآخرين، ولذلك فقد تتكون لديه في هذا المحيط أعراضٌ القلق، والتي تكون عادة من النوع الحاد.

وكثيرا ما نرى أعراض القلق لدى المراهق في أشد صورها متمثلة في ما يكاد يكون انهيارا ذهانيا، والذي يتم تشخيصه في بعض الأحيان خطأ على أنه فصام، وهو ما يطلق عليه أزمة الهوية لدى المراهق. وهذه الأعراض المتزامنة هي بالفعل ما يوحي به اسم هذا الاضطراب، فهي حالة يغدو فيها الشباب غير متأكدين من ذواتهم ومن دورهم في الحياة إلى الحد الذي ينهارون فيه إلى حالة من الشك المشوب بالقلق، إضافة إلى أن اتصالهم بالواقع قد يبدو مفقودا في الظاهر.

وثمة وصف أدبي جيد لهذا نجده في رواية "الصياد في حقول الشوفانّ *(Catcher In The Rye)* التي كتبها ج. د. سالنجر.

إن أزمة الهوية لدى المراهق تستجيب عادة للمعالجة المنطقية والمتفهمة. ومن المهم ألا يتم تصنيف هؤلاء المرضى خطأ على أنهم مصابون بالفصام، مع أنه من جهة أخرى ينبغي تذكر أن الفصام حالة يمكن أن تبدأ بل هي تبدأ بالفعل في مرحلة

المراهقة. ولكنه ينبغي عند تشخيص الفصام أن نبحث عن دليل على وجود اضطراب وتدهور شديد مثل تغير الشخصية، واضطراب التفكير، ، الخ).

يتبين لنا مما سبق أن مصادر القلق في مرحلة المراهقة كثيرة، إذ قد تكون أسبابا شخصية أو اجتماعية أو ثقافية، وكذلك الأعراض ذاتها بحاجة إلى استقصاء ومعالجة، لأن المراهقة هي فترة تغير ونضج. وقد تساعد المعالجة الواعية للفرد في فترة المراهقة على تجنب استمرار الأعراض، وكذلك تجنب نقل مشكلات المراهقة التي لم يتم حلها وتسويتها إلى مرحلة سن الرشد والنضج.

وإذا انتقلنا إلى مرحلة الشيخوخة، فإننا نجد أن المسنين سرعان ما يصبحون قلقين عندما يتغير روتين حياتهم الرتيب، كما أن شعورهم بالوحدة والخوف من الموت هما، أيضا، سببان مهمان للقلق في سن الشيخوخة. وكثيرا ما يستهان بمشاعر القلق عند الكبار، كما لو كانت قليلة الأهمية لا لشيء إلا لأن المريض مسن. كما لو كان كبر السن بالضرورة نوعا من جواز المرور إلى التعاسة. وفي الحقيقة أنه من الخطأ الاستهانة بتلك المشاعر، وإن كان الحال كذلك - للأسف - في أغلب الأحيان.

التكوين الجبلي (الشخصية القلقة)

إن بعض الأشخاص هم بطبيعتهم أكثر قلقا من غيرهم. ومنذ سنوات حياتهم الأولى وطوال حياتهم وهم لا يشعرون بالأمان، ويهيمن عليهم الخجل وعدم الاستقرار العاطفي. فهم متوترو الأعصاب، وتسهل إثارة مخاوفهم، كما أنهم يفرطون في الاهتمام بصحتهم، ويتوافر لديهم الاستعداد والميول نحو توهم المرض.

كما يتدنى الإنتاج الوظيفي لدى أولئك الأشخاص، ويقل عندهم مستوى الدافعية والنشاط والطموح والمثابرة. وينظر إلى هذه السمات مجتمعة على أنها دليل على وجود العصابية الجبلّية*(Constitutional Neuroticism)*، والتي تم إيراد برهان مقنع على وجودها من خلال دراسات "سليتر" *(Slater)* في عام ١٩٤٣م، و "ريز وآيسنك" *(Rees & Eysenck)* في عام ١٩٤٥م. وترتبط العصابية ارتباطاً وثيقاً ببنية الجسم، وبعدم استقرار حركة الأوعية الدموية، وبوجود ضعف عام في صحة الفرد.

عصاب القلق (الانهيار "*Decompensation*" العصابي)

لعل القلق هو أكثر أشكال التوتر النفسي شيوعاً استجابة للضغوط النفسية . ويعد هذا الأمر طبيعياً إلى حد ما إذا كان استجابة ذاتية محدودة، كما هو الأمر قبل الامتحانات أو الزواج أو الحرب. أما إذا ما استمر القلق فمعنى ذلك أن هناك عاملاً مثيراً مستمراً ينبغي إزالته إذا ما أريد للقلق أن ينتهي.

الاكتساب والتعلم

هناك الكثير من الأدلة التي تفترض أن القلق أحياناً يكون ظاهرة مكتسبة، أي أنه تطور ونما من خلال عملية ارتباط شرطية بسيطة، وهو يخضع لقوانين (التعميم[٢] والكف[٣] والإطفاء[٤].. الخ) نفسها.

---

(٢) التعميم *(Generalization)* : ينص مبدأ التعميم على أن تعلّم الفرد لسلوك معين في موقف معين سيدفعه إلى القيام بذلك السلوك في المواقف المشابهة للموقف الأصلي دون الحاجة إلى تعلم إضافي. بمعنى آخر أن أثر التدريب ينتقل بصفة تلقائية إلى المواقف المشابهة للموقف الأصلي.. مثال ذلك : إذا أساء إليك شخص من فئة معينة من الناس فأنت قد تعمّم ذلك على كل أفراد تلك الفئة (المترجم).

(٣) الكف أو التثبيط*(Inhibation)*: هو تعطيل أو منع قوى داخلية أو خارجية لنشاط أو وظيفة ما (المترجم).

(٤) الإطفاء *(Extinction)*: هو اختفاء أو تناقص نشاط أو سلوك أو فعل منعكس شرطي بعد تكوينه (المترجم).

وقد تم استغلال ذلك علاجيا وذلك باستخدام عمليات فك الارتباط الشرطي من أجل محو حالات الرهاب *(phobias)*، كما سنشرح ذلك لاحقا.

المظاهر الإكلينيكية

بالإضافة إلى إصابة مرضى القلق بمظاهر محددة ورد ذكرها في بداية هذه الفقرة فإنهم كثيرا ما يشكون من مشاعر التوتر، أو من صعوبة التركيز. ولا يظهر التوتر فقط على هيئة إحساس بتوتر في الأعصاب، وإنما يظهر أيضا من خلال الإحساس بثقل أو آلام في الأطراف.

وكثيراً ما يصاحب القلق تغير ذو طابع اكتئابي في المزاج. وفي الحقيقة إن حالة القلق الخالية من أي أعراض مصاحبة هي نادرة للغاية، وعاجلاً أم آجلاً سيظهر الاكتئاب.

وتشمل الأعراض الجسدية المرافقة للقلق تناقص الشهوة الجنسية والعجز الجنسي. كما يصبح النوم قليلاً، حيث يجد المرضى في العادة صعوبة في الاستغراق في النوم، أو قد يعانون من النوم المتقطع طوال [illegible]، فتجدهم يبقون مستيقظين في مضاجعهم قلقين بشأن مخاوفهم.

وقد تظهر حالات القلق بمجموعة كبيرة من الأعراض التي تكاد تصيب كل جهاز من أجهزة الجسم: فطبيب القلب يستشار بشأن ضربات القلب، وطبيب الأمراض الصدرية بشأن صعوبة التنفس، والاختصاصي بأمراض المعدة والأمعاء بشأن سوء الهضم، وطبيب الأعصاب بشأن الضعف والصداع. ومن المرجح أن تكون المظاهر والأعراض الجسدية للقلق هي تلك التي يشكو منها

المريض، لأنها هي التي تجعله يشعر بالمرض. وفي الوقت الذي يعد فيه الفحص الدقيق جزءا من الرعاية الصحية، فإنه يجب معرفة أن الإفراط في الفحوص الطبية أثناء علاج المريض الذي يعاني من القلق قد يعزز الاضطراب لديه ويزيده.

ولذلك يتعين على الطبيب الحفاظ على التوازن بين حالتي الإفراط في الفحوص مع التطمين غير الكافي، وبين التقصير في الفحوص مع التطمين المبالغ فيه.

التشخيص

تعد حالات القلق غير المصحوبة بالاكتئاب أمرا غير مألوف، إذ أن معظم مرضى القلق يعانون من بعض التغيرات الاكتئابية في المزاج، كما أنه في المقابل قد يهيمن القلق ابتداء عند الإصابة بالاكتئاب. ومن المألوف، أيضا، أن نرى حالات القلق في المراحل الأولى من مرض الفصام. وقبل الجزم بأن المريض يعاني من القلق يتعين على الطبيب أن يستبعد احتمالية وجود الاكتئاب أو الفصام.

لكن النوبات العرضية التي يخشى من الخلط بينها وبين القلق يمكن أن تكون ناشئة عن:

١ - صرع الفص الصدغي.

٢ - الأورام المفرزة للأدرينالين.

٣ - نقص مستوى السكر في الدم.

ومن المفيد أن نفرق بين ما إذا كانت الأعراض العرضية اللاإرادية (كنوبات الذعر التي تظهر لكون المريض محصورا في المنزل) تهيمن على شكوى وأعراض المريض و بين ما إذا كان التوتر المزمن هو الشكوى المهيمنة. فالحالة الأولى (حالات الذعر) تنتج عن التعلم الخاطئ، حيث تكون الحشود أو الباصات أو غيرها بمثابة الشماعة (أو العلاقة) الذهنية التي يعلق المريض عليها

تفسير تسارع قلبه (الخفقان) وفرط (سرعة) تنفسه *(Hyperventilation)* إلخ. في حين أنه ربما تكون الحالة الثانية (التوتر المزمن) من سمات الشخصية، أو توتراً ناشئاً عن الانهيار العصابي عند مواجهة بعض الضغوط الاجتماعية.

العــــلاج

يُعد العلاج النفسي *(Psychotherapy)* العلاج المناسب للقلق، إلا إذا كان القلق غامراً يحول دون تعاون المريض، فإنه من المناسب ابتداء إعطاء المريض مهدئاً أولياً لفترة وجيزة مثل البنزوديازيبين (ديازيبام حتى جرعة ٦٠ ملغ[٥] في اليوم الواحد، ويتم إيقافه خلال أسبوعين). وقد يكون استعمال *مغلقات* مستقبلات بيتا *(Beta Blockers)* مفيداً في حال ظهور بعض الأعراض مثل الرجفة في الأطراف، لكنها ربما تجعل العلاج النفسي أكثر صعوبة.

علاج الشخصية القلقة

من الممكن - وإن كان ذلك يبدو مدهشاً - اكتساب درجة من التحكم الإرادي في معظم الوظائف التلقائية (اللاإرادية) *(Autonomic Functions)* مثل نظم (موجات) ألفا في التخطيط الكهربائي للمخ. ويؤدي تعلم كيفية فعل ذلك إلى إيجاد طريقة مثمرة لتصريف طاقة مريض القلق في علاج نفسه. وقد استخدم المتصوفة الزهاد الشرقيون هذه الطريقة التقليدية، والتي تتجلى في الوقت الحاضر في شعبية اليوغا *(Yoga)* والزِّنِّيَّة[٦] *(Zen)* وطرق التأمل المختلفة.

---

(٥) لا نصل إلى هذه الجرعة إلا عند الضرورة القصوى جداً، فقد جرت العادة إعطاء جرعات منخفضة ابتداءً. كما يمكن الاستعاضة عنها بإعطاء جرعات منخفضة من مضادات الاكتئاب أو مضادات النهان نظراً لأنها ذات مفعول مضاد للقلق إضافة إلى دورها العلاجي الأساسي في علاج الاكتئاب أو النهان، وكذلك تجنباً لحدوث الإدمان على البنزوديازيبين (المترجم).

(٦) فرقة بوذية تؤمن بأن في ميسور المرء أن ينفذ إلى طبيعة الحقيقة عن طريق التأمل (المترجم).

إن الفيض (الرجع) الحيوي (*Biofeedback*) هو العنصر التقني الرئيس المركز من بين جميع هذه الطرق. وأحد أكثر أشكاله فعالية هو الفيض الإرجاعي بالطقطقات لمقاومة الجلد. وفي هذه الطريقة يتم توصيل قطبين كهربائيين إسفنجيين ملفوفين حول إصبعين من أصابع المريض بالمقياس الكلفاني (*galvanometer*). وحينما يسترخي المريض ويقل تعرقه ترتفع مقاومة الجلد، وتقل شدة التيار الكهربائي الذي يتدفق من خلال المقياس، مطلقا عددا أقل من (الطقطقات) كتلك التي في عداد غيغير[٧] (*Geiger Counter*). وما على المريض إلا أن يحاول بطريقة أو بأخرى أن يخفض عدد مرات الطقطقات، وسرعان ما يلحظ أثر ارتخاء العضلات، حيث يصبح تنفسه أكثر بطئا وعمقا. إلخ. وتؤثر أشكال التفكير في سرعة التلقي الراجع، كما تعلم المريض بفعالية، وذلك من خلال تبصيره بطبيعة التوتر وطرق تخفيف أعراضه.

علاج القلق العصابي

إذا أمكن تحديد مصدر الضغط النفسي (كأن يكون بسبب ظروف زوجية أو عائلية أو اقتصادية) فسيؤدي ذلك إلى التحسن، حتى لو اقتصر الأمر على الترويح عن المريض. وفي الوقت الذي تعتبر فيه البنزوديازيبينات (*Benzodiazepines*) نافعة لعلاج الأعراض، فإنها تؤدي إلى تفاقم الحالة من خلال إنقاص الفعالية الحركية النفسية (بنسبة تزيد على ٤٠٪ عند اختبارها). كما أنها، أيضا، تبطل التثبيط النفسي بالطريقة نفسها التي يؤثر بها الكحول، ولذلك فإنها تجعل المريض سريع الاستثارة، إضافة إلى أنها تتراكم في الدم وتسبب الإدمان.

---

(٧) أداة لاكتشاف الجسيمات المؤينة وإحصائها (المترجم).

ويعد العلاج النفسي المساند أبسط أشكال العلاج النفسي، وفيه يستمع الطبيب إلى المريض ويتيح له الفرصة للتنفيس عن مشاعره والوصول إلى حلول لمشكلاته دون إرشاد أو تأويل حيث يكمن دور الطبيب في تقديم التعاطف والتشجيع. أما إذا كان القلق نتيجة لصدمات نفسية حدثت في الماضي، فإن العلاج النفسي التحليلي ربما يكون مفيدا.

وبالنسبة للتعلم الخاطئ، فإن العلاج المعرفي هو أنجح أساليب العلاج. وعند ارتباط القلق بضغوط معينة (مثل القطط والارتفاعات والأماكن المفتوحة) واستثارته بها فإنه يدعى القلق الرهابي. وقد تكون هذه المخاوف من شيء واحد أو أكثر، كما أنه ربما تكون الضغوط المسببة لها غامضة للغاية.

وفي الأعوام الأخيرة أشار علماء النفس الدارسون لنظريات التعلم إلى أن الرهابات *(phobias)* من المحتمل أن تكون نتيجة الاكتساب أو التعلم المصحوب بسوء التكيف، أي أنه ارتبط شرطيا عند المريض برؤية منبه معين أو سماع صوته. وقد استنتجوا من ذلك أن بالإمكان معالجة حالات الرهاب من خلال عملية إزالة الارتباط الشرطي بين ذلك المنبه والقلق، والتي تخفف بدورها من حساسية المريض لذلك المنبه. وتتميز هذه العملية بأنها ترتكز على أساس نظري عقلاني.

ومن خلال سحب الحساسية (التطمين التدريجي) *(Desensitization)* يتعلم المريض كيف يتجنب الاستجابة للمثيرات المقلقة، وذلك بتعريضه للمثيرات على مستويات يمكنه معها التحكم في رد فعله . وبهذه الطريقة يصبح المريض محصنا ضد المثيرات وتنعدم استجابته لها. ويقصد بمصطلح الغمر *(Flooding)* أن يلقى بالمريض وجها لوجه أمام المثيرات التي يخشى منها، ويبقى كذلك إلى أن يتلاشى

القلق عنده. وإيضاحا لهذه المبادئ فقد تم إرفاق ملحق لهذا الفصل يعد نموذجا لدليل يعطى لمرضى العيادات الخارجية الذين يعالجون من الرهاب.

الهستيريا

تستخدم كلمة هستيريا في ثلاثة معان على أقل تقدير:

١ - لوصف نوع من الشخصيات الشاذة، وهي الشخصية الهستيرية.

٢ - لوصف اضطرابات معينة: وهي العصابات الهستيرية (الهستيريا التحولية)، *(conversion hysteria)* حيث يحدث فيها فقدان لوظيفة العضو دون تلف أو ضرر عضوي. وتحدث هذه الاضطرابات بتأثير الإجهاد النفسي، دون أن يكون المريض واعيا بالآلية التي تحدث بها.

٣ - لوصف تلك المبالغة اللاشعورية في أعراض المرض العضوي[٨]، وهو ما يسمى الغطاء الهستيري *(Hysterical Overlay)* أو المبالغة الهستيرية.

وكثيرا ما يطلق على الآلية اللاشعورية (اللاواعية) في الفقرتين السابقتين (١) و (٢) مصطلح المكسب الثانوي *(Secondary Gain)*، وهو ما يكتسبه المريض من جراء هذا السلوك الهستيري.

الشخصية الهستيرية

استخدم مصطلح "الشخصية الهستيرية" لوصف نوع من أنواع الشخصية يتسم بالميل نحو السلوك الهستيري. وتظهر على أولئك الأشخاص السمات التالية:

---

(٨) وكذلك في أعراض المرض النفسي (المترجم).

١ - نقص النضج الوجداني الذي يترافق غالباً مع مظهر عضوي غير ناضج.
٢ - التمركز حول الذات التي تتلاءم مع قدرة المريض الفائقة على خداع النفس.
٣ - السلوك الهستيري، حيث يرى الشخص العالم من حوله إما جنة أو ناراً. فهو متطرف في مشاعره، فما أسهل أن يستثار، وما أسرع أن تتبدد تلك الاستثارة. ويبدو ذلك جلياً في مظهره، ففي لحظة ما يظهر شاحب الوجه باكياً، مهدداً بالانتحار، محدثاً الفوضى في المحيط من حوله، لكنه بعد ساعات أو ربما أقل من ذلك تجده الأكثر حيوية، باحثاً عن من يشاركه المتعة والمرح.
٤ - عدم القدرة على تحمل العلاقات الشخصية، أو المحافظة عليها على مستوى من العمق.

وبالطبع فإن هذه السمات توجد في الناس عموماً، لكنها عند ذوي الشخصيات الهستيرية تكون أكثر وضوحاً وجلاء. ومع ذلك، فإن الشخصية الهستيرية يمكن تحت ظروف معينة أن تكون ذات فائدة، كما هي الحال في غرفة العمليات، لأنه إذا كان أحد العاملين ذا شخصية هستيرية فإنه يضفي نكهة خاصة تخفف من حدة الضغط والتوتر الذي يشعر به الفريق الجراحي.

عصاب الهستيريا (الهستيريا التحولية)

في الاضطرابات الهستيرية تنعدم وظيفة العضو دون تلف أو ضرر عضوي. وتحدث عادة عند الأشخاص السريعي التأثر نتيجة للضغط النفسي، لكن ربما تحدث أيضا عند الأشخاص الطبيعيين في مواجهة الضغوط النفسية القاهرة، مثل الكوارث والحروب.

ويؤدي فقدان وظيفة العضو إلى حماية المريض من ضرر أكبر. وربما تساءل أحد ما: هل المرض زائف كاذب؟ والإجابة نعم، لكن المريض غير واع بذلك، إما كليا أو جزئيا[(٩)].

ومع تزايد المعرفة العلمية لدى الناس أصبحت الأعراض الهستيرية أقل فداحة وأكثر حذقا ودقة. ففقدان الذاكرة الهستيري في هذه الأيام أكثر بكثير من الشلل الهستيري[(١٠)].

وتتنوع الاضطرابات الهستيرية، لكنها غالبا ما تؤثر في الوظائف العقلية العليا والجهاز العصبي المركزي محدثة فقدان الذاكرة والشلل وفقدان الإحساس، الخ. كما يمكن أن تسبب خرفا زائفا إذ يظهر المريض في صورة حالة ذهانية[(١١)] تتطابق في مظهرها مع الجنون حسب إدراك الإنسان البسيط (مثلا: حينما يسأل المريض عن عدد أرجل البقرة فيجيب بأنها خمس أرجل).

كما يمكن أن يكون الألم، أيضا، مصدره هستيريا. وحينما يكون ذلك صحيحا، فمن الخطأ الاعتقاد بأن المريض يتظاهر بالألم دون أن يشعر به. وبما أن آلية الألم غير معروفة، فلا مبرر لهذا الاعتقاد، بل الأفضل الاعتراف بمعاناة المريض والسعي في اكتشاف سببها. والألم هو الألم مهما كان منشؤه. فالوصف الهستيري للألم يجب ألا يعرض المرضى لنوع من المعاملة العدائية التي ربما استثاروها بأنفسهم بسبب سلوكهم واستمرارهم في الإلحاح.

---

(٩) وهنا يكمن الفرق الأساسي بين الهستيريا وتصنع المرض الذي يحدث إراديا وبتجارب واعية ومقصودة (المترجم).

(١٠) ليست الحال كذلك في المجتمعات الشرقية. فما زالت الأعراض الجسدية الواضحة هي الأكثر انتشارا حتى الآن (راجع الدراسة التي نشرها المترجم عن اضطراب الهستيريا، وذلك في العدد الأول من المجلد السابع عشر في مجلة (*Annals Of Saudi Medicine*) في عدد يناير ١٩٩٧م (المترجم).

(١١) وهي ما تسمى (*Ganser' s Syndrome*) (المترجم).

سبب المرض

١ - دور الشخصية الهستيرية كما أسلفنا، وهناك دلائل قوية تدعم الاعتقاد بدور العوامل الوراثية في حدوث الاضطراب الهستيري.

٢ - من المحتمل أيضا أن التنشئة يمكن أن تعزز السمات الهستيرية السائدة، فالأب الشغوف الذي يقبل أي نزوة من طفله الأناني غير المتزن يمكن بطريقته تلك أن يعزز تلك السمات الهستيرية عند ذلك الطفل دون أن يدري.

٣ - إصابة المخ والتخلف العقلي، وكذلك الذهان المزمن تجعل الإنسان عرضة للهستيريا بسبب انخفاض درجة التحكم، وضعف التكامل بين الوظائف العقلية العليا.

٤ - تعد الاضطرابات الهستيرية نذير خطر. فمريض الاكتئاب الذي لم يتم تشخيصه، ومريض الفصام في بداية مرضه الذي يجد فيه حياته الخاصة ممزقة بطريقة غامضة، ربما كلاهما أظهرا أعراضا هستيرية، كما لو كانت نداء لا شعوريا طلبا للمساعدة.

٥ - تتوافق الأعراض الهستيرية وتتطابق مع:

(أ) فكرة المريض وانطباعه عن المرض، ولذلك تجد فقدان الإحساس الذي يصيب اليد أو القدم فقط دون سواهما من أعضاء الجسم.

(ب) الأفكار التي انطبعت في ذهن المريض عن المرض بواسطة الآخرين سواء بالإيحاء أو برؤية نماذج مرضية.

وفي حين أن الأطباء يمكن أن يتسببوا في (أ) فإن المرضى الآخرين هم الذين يوحون بالأفكار التي في (ب) بواسطة أعراضهم.

٦ - يفترض *التفسير النفسي* لاضطراب الهستيريا أن الفشل في وظيفة العضو ينشأ دائما نتيجة صراع لا شعوري أو صدمة نفسية دفينة، والتي تهدد تكامل

٦ - يفترض *التفسير النفسي* لاضطراب الهستيريا أن الفشل في وظيفة العضو ينشأ دائماً نتيجة صراع لا شعوري أو صدمة نفسية دفينة، والتي تهدد تكامل الفرد إلى درجة بالغة فيستجيب بتعطيل وظيفة ذلك العضو. وحينما يحدث ذلك يشعر المريض بأنه من غير الضروري أن يستمر تحت الضغط النفسي، لأنه أصبح مريضاً فيحق له أن ينسحب من ذلك الضغط النفسي. ويسمى تعطيل وظيفة العضو *بالانشقاق (Dissociation)*، وما ينتج عنه يسمّى مكسباً ثانوياً *(Secondary Gain)*.

التشخيص

بما أن الهستيريا يمكن أن تماثل عدداً كبيراً من الأمراض، فإن التشخيص التفريقي لا حد له. ويجب أن يكون التشخيص مبنياً على الأعراض الموجودة، لأنه من غير المقبول حينما لا يتم اكتشاف اضطراب محدد بعد التحاليل والفحوص اللازمة أن يلجأ الطبيب لتشخيص تلك المجموعة من الأعراض بأنها أعراض اضطراب الهستيريا معتبراً هذا الاضطراب تشخيصاً ملائماً لمثل تلك الحالات.

ويجدر بالطبيب أن تكون لديه أسباب كافية للتشخيص، ولذلك كانت أهمية دراسة التاريخ المرضي والظروف الحياتية، والتأكد من أن الاضطراب الهستيري هو نتيجة حتمية لما سبقه من ظروف. إضافة إلى ذلك فإنه غالباً ما يكون هناك مكسب ثانوي واضح.

وقد لوحظ أن الأطباء الأقل تمرسا هم أكثر جرأة على تشخيص اضطراب الهستيريا، نظراً لاعتمادهم في التشخيص على سلبية نتائج الفحوص.

العـــــلاج

اضطراب الشخصية الهستيرية

يأتي هؤلاء المرضى إلى المستشفى عادة بأعراض درامية مفاجئة تستغرق وقتاً قصيراً، وتكون عادة نتيجة خلاف زوجي، أو أية ضغوط أخرى تكون فوق مستوى تحمّل ذلك المريض. ومع أن الاضطرابات المزاجية ربما كانت جلية عند أولئك المرضى، فإن من النادر استمرارها.

وربما دعت الحاجة لاستخدام بعض العقاقير المهدئة لتهدئة المريض عند اشتداد الأزمة. كما يجب أن تكون فترة التنويم في المستشفى أقصر ما يمكن من أجل مساعدة المريض على تجاوز تلك الأزمة. وإضافة لما سبق يكون العلاج إما :

(أ) بالعلاج النفسي المساند البسيط.

(ب) أو بالعلاج الجماعي أو بالتحليل التفاعلي *(Transactional Analysis)*، سعياً في مساعدة المريض نحو كسب قدر من البصيرة بنفسه، وتحقيق مستوى أعلى من النضج العاطفي.

عصاب الهستيريا (الهستيريا التحويلية)

إجراءات عامة: من المهم علاج المريض بطريقة فعالة ونشيطة، وذلك من خلال عمل كل ما يمكن أن يقنع المريض بأنه سيشفى تماما. وفي الوقت نفسه يجب على المعالج تجنب التركيز الشديد عند نقاش الأعراض مع المريض، لأن ذلك ربما يعززها عنده.

وإذا ما تعاون الأطباء والممرضون وعملوا فريقا واحدا، مدركاً كل منهم دور الآخر فإن ذلك سيسهل العملية العلاجية. أما إذا أحس المريض باختلاف آراء المعالجين واتجاهاتهم فإن ذلك سيؤدي إلى اشتداد أعراضه وتزايدها.

التنفيس الانفعالي (***Abreaction***) [(١٢)] لقد استخدم فرويد هذا المصطلح لوصف الخبرات المشحونة بالعاطفة، التي يحياها المريض ثانية، والتي يعتقد أنها أدت إلى الاعتلال الهستيري. ولهذه الطريقة العلاجية دور في علاج الهستيريا، خصوصاً النوبات الحادة منها.

ويتم عمل التنفيس في حالة من تغير الوعي التي تحدث عادة بواسطة حقن عقار *أميتال الصوديوم* (٢٥٠ - ٥٠٠ مجم) من خلال الوريد. ونظرياً فإن المريض يستعيد الوظيفة العضوية التي فقدها حالما يعبّر عن مشاعره المكبوتة تجاه ذلك الأمر المزعج. ويعد التنويم المغناطيسي (*hypnosis*) نوعاً من التنفيس النفسي، إذ يسترخي المريض تماماً وتتداعى أفكاره.

لكن المشكلة في التنويم المغناطيسي، وكذلك التنفيس بواسطة العقار أنهما يسببان الاعتماد على المعالج، لأنه ليس للمريض فيهما أي دور شخصي، ومع ذلك وبكل أسف مازالت هاتان الطريقتان محط اقتناع بعض المعالجين. ومع أن المريض ربما يتحسن بهذا النوع من العلاج، فإنه لا يتعلم شيئاً عن كيفية التعامل مع المشاكل المماثلة، ولذلك فإنه ربما عاد لاحقاً للبحث عن العلاج بواسطة تلك العصا السحرية.

---

(١٢) التنفيس أو التفريغ الانفعالي هو إطلاق الشحنات المكبوتة، وذلك من خلال استدعاء الذكريات المكبوتة وصياغتها في كلمات، وهو الذي اكتشفه بروير وفرويد كوسيلة علاجية عام ١٨٩٣م. وقد ذكرا أن التنفيس بالكلمات وردود الفعل التالية له - الإرادية واللاإرادية - كانهمار الدموع وإطلاق التهديدات يحدث الأثر العلاجي المطلوب، حيث إن الكلمات التي يلجأ إليها الفرد هنا هي بديل عن النشاط الحركي الذي كان من الممكن أن يلجأ إليه للتنفيس عن نفسه (المترجم).

العلاج النفسي

وهو على عدة أنواع

(أ) العلاج النفسي المساند.

(ب) العلاج النفسي الاستكشافي (Exploratory Psychotherapy) سعيا في مساعدة المريض نحو فهم طبيعة مرضه، وكيف يرتبط بظروفه الحياتية؟، وهذا يستدعي علاجا نفسيا تحليليا طويل المدى. كما أن العلاج التفاعلي ذو فائدة أيضا.

الاضطرابات الوسواسية

إن الوساوس والأفعال القهرية متماثلة حتى مع اختلاف مظاهرهما النفسية، ويكمن وجه الشبه بينهما في أن كليهما مرفوضان في قرارة المريض. وتعد الوساوس من محتويات الوعي، وهي عبارة عن أفكار يحملها المريض، ويحاول في الوقت نفسه أن يبعدها. وفي بعض الأحيان تتحول هذه الوساوس إلى أفعال وطقوس. وتصبح ذات طبيعة تكرارية، وحينها تسمى أفعالا قهرية. وفي الممارسة العملية فإنهما جميعا - أي الوساوس والأفعال القهرية - يوصفان بمصطلح واحد هو الظواهر الوسواسية القهرية.

سبب المرض

النمو الطبيعي

لقد جرّب كل إنسان منّا ترديد نغمة معينة ترديدًا مستمراً في خاطره، أو تلك الطقوس التي كان يمارسها في الطفولة كتجنب وطء الخطوط أثناء المشي

على الرصيف. فهذه الظواهر تشابه الظواهر الوسواسية القهرية، لكنها تعد جزءا من النمو الطبيعي في الحياة. ويستخدم الأطفال غالباً هذه الطقوس بطريقة غريبة ليحموا أنفسهم من أي أذى يتوهمونه، ويعتقد أنه بالطريقة نفسها يستخدم المريض طقوسه الوسواسية.

نمط الشخصية

يكون بعض الناس منذ سنوات حياتهم الأولى شديدي التدقيق ومفرطي الشكوك فيما حولهم، ويظهرون عناية زائدة بالتنظيم وأناقة الملبس وفي كل مايحيط بهم. وحين يتكلمون فإنهم يتكلمون بطريقة دقيقة متحذلقة معتنين بالتفاصيل بدرجة زائدة، ويكون مظهرهم جدياً ومثالياً. كما يبدو عليهم توهم المرض والتذبذب والتردد الذي يجعل منهم تابعين جيدين، لكنهم قليلو البراعة حينما يكونون في المراكز القيادية. وتنقصهم سعة الخيال والقدرة الإبداعية وحتى روح الدعابة، والتي حينما تكون موجودة فإنها تكون جافة خالية من التشويق والمتعة. وهذه السمات هي سمات الشخصية الوسواسية، ومثل هؤلاء الناس حينما يصيبهم مرض نفسي تظهر عليهم أعراض وسواسية. كما أنه حينما تصيبهم نوبة اكتئاب - على سبيل المثال - فإن ذلك الاكتئاب يتلون بسمات شخصيتهم الوسواسية، حيث يتجلى من خلال شكواهم اللامتناهية وإفراط وسوستهم في المرض وأعراضه، والتي ربما غطت عا ـ الاكتئاب الذي يمكن أن يتضح تدريجيا فيما بعد كلما تحدث المريض أكثر عن معاناته.

العلاقة بإصابة الدماغ

١ - من المؤكد ارتباط الأعراض الوسواسية بتغير الشخصية الذي يعقب التهاب الدماغ الوسني (السبخي) (*Encephalitis Lethargica*)

٢ - يظهر التدقيق الوسواسي غالبا على الأشخاص الذين يعانون من إصابة دماغية، والتي يمكن تفسيرها على أنها محاولة من المرضى لفرض درجة من

الترتيب على المحيط من حولهم، لأنه أصبح من الصعب عليهم أن يدركوا المستجدات من حولهم نتيجة للتدهور الحاصل من جراء تلك الإصابة.

مظاهـــر المـــرض

تتركز الأعراض الوسواسية حول النشاطات اليومية كالمأكل والملبس والنظافة، مثل أن تشكو مريضة من أنها غير قادرة على الأكل لأنها تقضي الساعات الطوال في إزالة الأجسام الصلبة التي توجد في الطعام. أو تلك المريضة التي لا يمكن أن تنهي واجباتها المنزلية لأنها تحس بأنها مرغمة على إعادة التنظيف مرات ومرات. وكذلك المريضة التي لا يمكن أن تصل إلى عملها في الوقت المحدد، بسبب عاداتها المعقدة في التنظف والتطهر عندما تقضي حاجتها في الصباح.

ومع أن الأعراض عادة ما تكون موجودة منذ فترة، فإنها تصبح مع مرور الوقت عسيرة وشاقة، مما يدعو المريض إلى البحث عن المساعدة الطبية حيث إنه بدأ يشعر بأن الأمر قد أفلت من يده. ويصاحب ذلك تغير في المزاج ذو طابع اكتئابي، مما يؤدي إلى تزايد الوساوس والقلق والضيق والشعور بالكرب، وكذلك الشعور بفقدان الذات بدرجة مفرطة. ويصف المريض أعراضه بطريقة يتضح منها عدم إدراكه لمرضه، مع أن أصدقاءه وزملاءه يلاحظون بوضوح أنه غير معافى.

التشخيص التفريقي

من الصعب غالبا التفريق بين مريض الوسواس والمكتئب الذي يعاني من أعراض وسواسية مصاحبة، لأن الاكتئاب، أيضا، يرافق الوسواس في العادة. ويبقى التاريخ المرضي عاملا مساعدا في التفريق بينهما.

وربما ظهر الفصام على هيئة وساوس، أو أن الأعراض الوسواسية نتجت عنه. وهذا ربما يسبب مشكلة في التشخيص، لكن يمكن القول إن الوساوس المصاحبة للفصام تميل لأن تكون شاذة وغريبة.

العـــلاج

العلاج النفسي

إن العلاج النفسي التحليلي لمرض الوسواس يُعنى بالبحث عن المعاني الرمزية للأعراض الوسواسية. ومن وجهة النظر التحليلية فإن الوسواس ينتج من زيادة نشاط الأنا العليا *(Suprego)*، والتي بواسطة تلك العادات الوسواسية تحمي *الأنا (Ego)* من القلق الغامر. وعملياً لا يستجيب مرضى الوسواس بصفة جيدة للعلاج النفسي، لأن حذلقتهم الزائدة واعتناءهم بالتفاصيل يجعلهم ينغمسون في العملية العلاجية بطريقة خاطئة، مما يؤدي إلى توقفها.

وفي المقابل فإن العلاج النفسي المساند ربما يساعد المرضى في التعبير عن مشاعرهم المكبوتة حول العادات التي يمارسونها بتكرار، كما يفرج عنهم شيئاً من القلق والتوتر الذي يعانونه.

ويبدو أن إيقاف الأفكار (*Thought Stopping* من خلال الكف المتبادل (*Reciprocal Inhibition*) هو العلاج الأكثر نجاحاً. وأبسط مثال عليه هو أن نطلب من المريض بأن يلبس رباطاً مطاطياً حول رسغه فإذا ما بدأت الأفكار الوسواسية شد ذلك الرباط ثم أطلقه فيلسع رسغه محدثاً بعض الألم. ومع أن هذه الطريقة تبدو مؤلمة وبدائية فإنها فعالة خصوصاً في الحالات البسيطة، إضافة إلى أنها غير مكلفة.

العلاج الجسدي

١ - العقاقير: يبدو أن عقار الكلوميبرامين[١٣] *(Clomipramine)*مفيد في علاج بعض حالات الوسواس، إلا أن الحالات الوسواسية الشاذة ربما استفادت من مثبطات إنزيم أكسدة الأمينات الأحادية *(Monoamine Oxidase Inhibitors)*.

٢ - العلاج بالرجفة المحدثة كهربيا (ECT) : تكون ذات فائدة في حالة وجود اكتئاب مصاحب.

٣ - الجراحة النفسية: تستخدم في علاج الوسواس الشديد المزمن المصحوب بالتوتر.

مآل المرض

يمر مرض الوسواس بفترات من الاشتداد وفترات أخرى من الركود، ولذلك فإن مصير مريض الوسواس ليس سيئاً على الدوام كما يعتقد بعضهم، مع أنه في بعض الأحيان ربما يشل حياة المريض. ومن المفيد استخدام معايير اجتماعية في تقييم درجة الإعاقة عند المريض مثل: كم من الوقت يقضي المريض في ممارسة عاداته الوسواسية؟ وما مدى تأثير تلك العادات في عمله؟.وحينما توجد بعض أعراض الاكتئاب فإن استجابة المريض للعلاج ستكون أفضل.

---

(١٣) ظهرت في السنوات الأخيرة عقاقير جديدة تسمى مثبطات استرجاع السيروتينين *(Serotonin Specific Reuptake Inhibitors)* مثل الفلوكستين (البروزاك) والفلوفوكسامين (الفافارين) والسيرترالين (الزولوفت) والسيتالوبرام (السبرام) والباروكسيتين (الزيروكسات) بالإضافة لمجموعة أخرى مازالت تحت التجربة. وتختلف هذه العقاقير عن عقار الكلوميبرامين، في أنها تؤثر بدرجة أكثر تخصصًا في السيروتينين (ناقل عصبي) ومستقبلاته (المترجم).

توهـــم المـــرض

إن انشغال البال في توهم مرض البدن يسبب معاناة مزعجة بصفة مستمرة، ربما تؤدي إلى شقاء المريض، وإجراء الفحوص المطولة غير الضرورية، وكذلك نفاد صبر الطبيب المعالج. ولجعل الأمر أكثر ملاءمة فقد تم تصنيف هذا المرض ضمن الأمراض العصابية. ومع أن أكثر متوهمي المرض هم عصابيون، فإنه في الوقت نفسه ربما بلغ توهم المرض مستوى الضلالة. وما زال تصنيف هذا المرض محط خلاف وجدل، لكن بوجه عام ربما أثر توهم المرض في شكل أعراض:

١ - الاكتئاب العصابي.

٢ - القلق.

٣ - اضطراب الوسواس.

٤ - الهستيريا.

وعند مرضى الفصام تكون أعراض توهم المرض شاذة وغريبة. وتبقى مجموعة من متوهمي المرض يصعب تصنيفهم، وهم أولئك الذين يعيشون حياتهم مشغولي البال بحالتهم الصحية، والذين يعتقد أن العلاج الزائد عن الحد الذي تلقوه في طفولتهم نتيجة الإصابة بمرض بسيط لا يستدعي ذلك العلاج والاهتمام الزائد ربما كان السبب في توهمهم للمرض لاحقا.

ويشمل علاج هؤلاء المرضى الخطوات التالية:

١ - المعالجة الجيدة للقلق أو الاكتئاب.

٢ - وقف أي فحوص غير ضرورية ومنعها.

٣ - العلاج النفسي المساند الفردي بواسطة الطبيب نفسه، حيث إن تنقل المريض بين الأطباء يزيد الأمر تعقيدا.

وأخيرا فإن ما يجب على الأطباء معرفته هو أن توهم المرض من السهل تعزيزه في عصر يتمحور العلاج فيه حول استخدام العقاقير.

(ملحق)

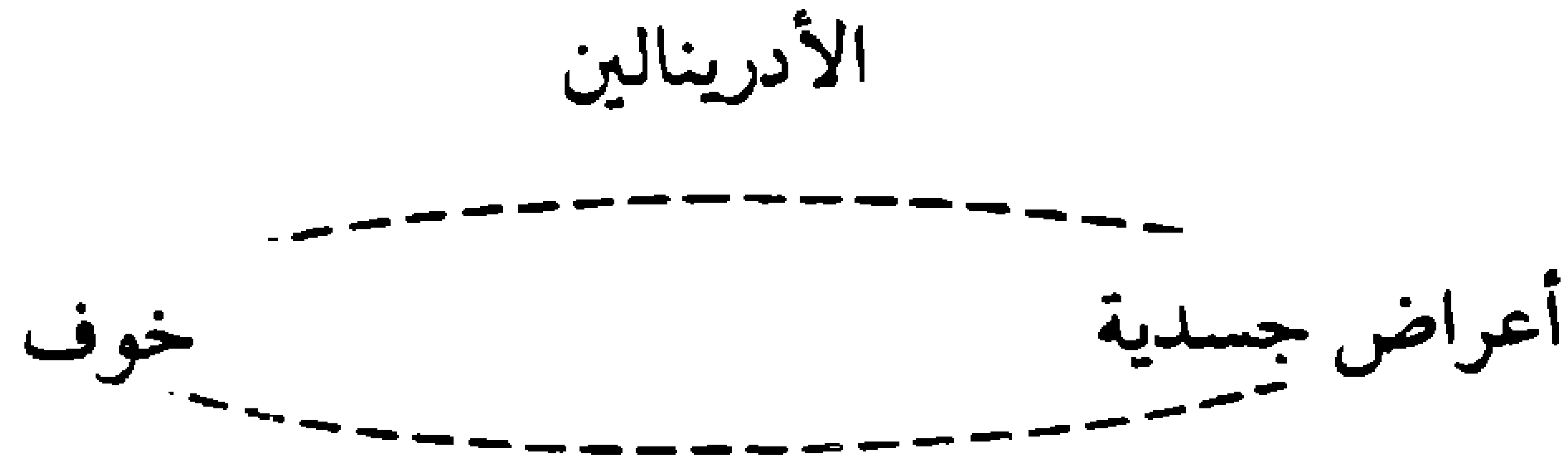
سحب الحساسية بواسطة التناقض المقصود (*DPI*)

إن "عصاب الرهاب" الذي يحمل رقم (٣٠٠,٢) في التصنيف العالمي للأمراض هو الاسم العلمي للحالة التي يرى طبيبك النفسي أنك تعاني منها، وأهم صفاتها "نوبات الذعر". وهي عبارة عن نوبات حقيقية من القلق الشديد (نوبات الهلع)، وتنشأ من الأثر الجسدي الطبيعي لهرمون الأدرينالين في بدنك. فعندما تشعر بالرعب - أو أي شخص آخر - فإن كمية من هرمون الأدرينالين تنطلق في مجرى الدم، ويكون تأثيرها الأساسي في إعداد الجسم للفرار من ذلك الأمر المرعب. وربما أمكن النظر إلى نوبات الذعر على أنها عادة قديمة نشأت وتطورت منذ تلك الأيام التي كان يجب على الإنسان حينها الفرار من النمور وغيرها من الحيوانات المفترسة.

ويدفع هرمون الأدرينالين الدم إلى أعضاء الجسم التي تستخدم في عملية الجري، ويقلل ورود الدم إلى الأعضاء الأخرى التي لا تستخدم في عملية الجري، وكل ذلك يتم بطريقة تلقائية لا إرادية لا تملك التحكم بها أو السيطرة عليها.

ويتجه الدم بعيداً عن الفم والمعدة والأمعاء والأعضاء التناسلية والجلد أثناء عملية الجري، ويتجه إلى عضلات الساقين والقلب والرئتين والرأس، كما هو موضح في الجدول:

وإذا لم تدرك أن هذه الآثار الجسدية ما هي إلا نتائج طبيعية للشعور بالخوف فإنك ستجدها مرعبة، وربما اعتقدت - على سبيل المثال - أن الخفقان وزيادة نبضات القلب نذير بنوبة قلبية وشيكة، ولذلك تصبح هذه الأعراض الجسدية الطبيعية مرعبة لك. ونظراً لخوفك يزيد إفراز الأدرينالين في جسمك، مما يؤدي إلى زيادة أكبر في تلك الأعراض الجسدية، وبدورها تجعلك خائفاً بدرجة أكبر، فتؤدي ثانية إلى إفراز الأدرينالين. وبذلك تنشأ حلقة مغلقة والتي تسمّى عند اشتدادها نوبة الهلع.



ولعلاج ذلك سيطلب منك المرض النفسي أن تستثير مخاوفك بنفسك، فتحدث الأعراض الجسدية وتعايشها، فتتعلم من خلال الممارسة الواقعية بأنه لن يحدث لك أي أمر مفزع. ومع إدراكك بأنه لن يحدث أي أمر مرعب، فإنك من الناحية الانفعالية تشعر بأنه أمر وشيك الحدوث. ولتوجيه انفعالاتك فإنه لا بديل للممارسة الواقعية، وهذا الذي يفسر سؤال المرض لك أن تستثير نوبة هلع لديك.

وربما يبدو الأمر غريبا لأول وهلة أن يطلب منك أن تستثير حدوث شيء تحاول أن تتجنبه، ولكنه علاج فعال. وحينما تحاول بجد فإنك سوف تقهر مخاوفك (الرهاب) في غضون ٦ - ٨أسابيع.

تغير مجرى الدم	الآثار الجسدية	تفسير ما يحدث
بعيدا عن:	ربما تلاحظ:	خوف من:
الفم	نقص اللعاب، جفاف الفم	الشرقة.
الحنجرة والمريء	الحرقان في فم المعدة "لقمة في الزور".	الغصة.
المعدة	حموضة، تهيج المعدة	التقرحات.
الأمعاء	الإسهال، قرقرة البطن.	السرطان.
الجلد	التنمل، احمرار الوجه، التعرق.	
الأعضاء التناسلية	انعدام الاستثارة.	العنة (فشل الانتصاب).
باتجاه:		
عضلات الساق	ضعف الساقين.	الانهيار والاغماء.
القلب	خفقان.	نوبة قلبية.
الرئتين	اللهاث، شعور بالاختناق.	اختناق.
الرأس	تشوش الذهن، الدوار، إغماء.	سرطان المخ أو الجنون.

المراجع

*Rees, L. Eysenck, H.J. (1945) A factorial study of some morphological and psychological aspects of human constitution. Journal of Mental Science, 91, 8-21.

* Schneider, K (1958) Psychopathic Personalities. Cassell, London.

*Slater, E. (1943) The neurotic consitution. Journal of Neurology and Psychiatry, 6, 1-16.

قراءات إضافيـــة

Beech, H.R. (1974). *Obessional States.* Methuen, Londond.

Beme, E. (1984). *Games People Play.* Penguin, London.

Eysenck, H.J. (1947). *Dimensions of Personality.* Kegan Paul, London.

Freud, S. (1936). *The Problem of anxiety,* Norton, New York.

Gaupp, R. (1974). The Case of the Schoolmaster Wagner. In: Hirsch, S.R. and Shepherd, M. (Eds.). *Themes and Variations in European Psychiatry.* John Wright, Bristol. Guze, S.B. (1975). The Validity of Hysteria. *American Journal of Psychiatry,* 132, 138-41.

Kretschmer, E. (1974). Th Sensitive Delusion Reference. In: Hirsch, S.R. and shepherd, M. (Eds.). *Themes and Variations in European Psychiatry.* John Wright, Bristol.

Lewis. (1975). The Survival of Hysteria. IPsychological Medicine, London, 5, 9-12.

Rees, L. (1950). Body Size, Personalityand Neurosis. *Journal of Mental Science,* 96, 168.

Rotter, J.B. (1966). Generalized Expectancies for Internal Versus External Control of Reinforcement. *University of Connecticut Psychological Monographs,* 80(1), 1-28.

Sargant, W. (1957). *Battle of the Mind.* Heinemann, London.

Satir, V. (1978). *Peoplemaking.* Souvenir Press, London.

الفصل السادس

الكحولية والإدمان على العقاقير
Alcoholism And Drugs Dependence

مقدمة[1]

تعد الكحولية (تعاطي الكحول) مشكلة اجتماعية خطيرة في بريطانيا، لأن ٥٪ ـ على الأقل ـ من مجموع السكان يعانون من مشكلة التعاطي التي تعد في حد ذاتها مشكلة اقتصادية كبيرة. ففي عام ١٩٧٨م بلغت الخسارة المالية في الإنتاج الصناعي في بريطانيا بسبب الكحول ١١٠٠٠ مليون جنيه إسترليني، وبلغت تكلفة الخدمات الطبية والاجتماعية حوالي ١٧٠٠ مليون جنيه إسترليني. ولذلك أصبح التعرف على المشكلات المتعلقة بالكحول أمراً مهماً وعاجلاً من الناحيتين الطبية والاجتماعية. والتي يجب على كل طبيب أن يكون على دراية بها، خصوصاً الأطباء العامين، إذ يجهل عدد كبير منهم كثيراً من المشكلات التي تنتج عن تعاطي الكحول.

تعريف

لم يكن من السهل في وقت مضى تعريف مصطلح الكحولية (Alcoholism)، والذي تم حديثاً استبدال مصطلحي الاعتماد على الكحول

(١) جميع ما يرد في هذا الفصل مستمد من واقع الحياة الغربية (المترجم).

(Alcohol dependance) والشرب المشكل *(Problem drinking)* به. ومع ذلك فإن منظمة الصحة العالمية قد استبقت مصطلح الكحولية الذي يشمل المصطلحين الجديدين ويشير إليهما.

ويعرّف الشرب المشكل بأنّه استهلاك الكحول بالقدر الذي يؤدي إلى ظهور مشكلات عضوية أو نفسية أو اجتماعية أو إليها جميعاً. ولا يدرك المدمن أبداً أنه مدمن، لكنه يعترف بأنه يعاني من مشكلات تناول الكحول، ولذلك كان استبقاء مصطلح (الكحولية). ومن السهل في السنوات الأخيرة التعرف على الشرب المشكل نظراً لارتباطه بجرعة الكحول. فقد اعتبر استهلاك ٢١ وحدة(٢) من الكحول في الأسبوع بالنسبة للرجال، واستهلاك ١٤ وحدة بالنسبة للنساء معدلاً خطيراً(٣).

ومع زيادة استهلاك الكحول تزداد احتمالية حدوث الأعراض الانسحابية (جسدية ونفسية). ويحدث الاعتماد الجسدي *(Physical dependence)* - الذي يرتبط بجرعة الكحول المتعاطاة - حينما تظهر الأعراض الانسحابية لدى الفرد خلال ١٢ ساعة من آخر مرة تناول فيها الكحول. وفيها يتعرق المريض بغزارة، ويرتعش، مع اضطراب في نبضات قلبه، ويصحب ذلك غثيان وقيء، كما قد تحدث له نوبات صرعية. ويقاوم المريض تلك الأعراض ويسكنها من خلال الشرب ثانية.

---

(٢) الوحدة هي نصف المعيار الخاص بمشروب البيرة، أو كأس خمر، أو كمية قليلة من المشروبات الروحية (المترجم).

(٣) وحتى جرعات الكحول الأقل من ذلك فإن لها مضار اجتماعية ونفسية وعضوية، لكنها أقل من تلك التي تحدث بسبب الشرب المشكل (المترجم).

معدل الحدوث

من الصعب تحديد نسبة الإصابة بالمشكلات المتعلقة بالكحول، وإن كانت النسبة في بريطانيا (٥٪) تبدو أكيدة. ولهذا السبب فإن الإدراك المبكر لهذه المعضلة المدمرة التي تمحق الصحة، وتهدم العلاقات الشخصية، وتحطم الحياة الوظيفية، وتقضي على المستقبل يعد أمراً بالغ الأهمية. وعلى أقل تقدير فإنه يوجد في بريطانيا مليونا (٢,٠٠٠,٠٠٠) شخص يعانون من الشرب المشكل، وكذلك ٢٥٪ من المرضى في المستشفيات العامة يعانون من أمراض لها ارتباط بالخمر.

أسباب المرض

يعد معدل الجرعة هو السبب الأكثر أهمية فى حدوث مشكلات الكحول. فكلما زاد استهلاك الكحول زاد الضرر الناتج عنه. كما أن تعاطي أحد أفراد العائلة للكحول هو عامل مهم في حدوث التعاطي بين أفراد العائلة الآخرين، لأن الكحوليين كثيراً ما يكون لهم آباء كحوليون. وهناك نسبة قليلة (أقل من ١٠٪) يُدْعَوْنَ (متعاطي الكحول لإزالة الأعراض) *(Symptomatic alcoholics)* والذين يتعاطون الكحول بصفته نوعا من التداوي الذاتي ضد مشاعر القلق والاكتئاب، فأولئك في الحقيقة تسوء حالتهم بسبب هذا التعاطي.

ومما يجدر التأكيد عليه أن الكحوليين هم مجموعة غير متجانسة من الأشخاص الذين دمرتهم الآثار السمية للكحول، كما أن الأنماط النفسية للشخصيات الكحولية هي غير دقيقة وليست ذات فائدة في التشخيص. وهذا لا يمنع من القول إن بعض الناس يتعاطون الكحول لإزالة القلق وللهروب من مشكلات الحياة، لكن لوحظ أن العوامل الاجتماعية ذات ارتباط أكبر. فاستخدام

الكحول بصفته عاملا اجتماعيا ملطفا في الأعمال التجارية، وكذلك التقبل الاجتماعي لانتشار التعاطي هي عوامل مشجعة للأفراد على عدم ضبطهم لعملية التعاطي.

وهناك بعض المهن التي يكون أصحابها عرضة أكثر من غيرهم لاحتمالية التعاطي، مثل العاملين في حانات بيع الخمور، والبحارة، وأفراد القوات المسلحة، والمهرجين والممثلين ومن على شاكلتهم من صناع التسلية، وكذلك الأطباء على وجه الخصوص.

المظاهر الإكلينيكية

هناك نمط في التاريخ المرضي لمرضى الشرب المشكل ربما يساعد في التشخيص. فلقد وُجد أن المظاهر التالية عند الفرد هي علامات على عدم التحكم في كمية الكحول المتعاطاة:

١ - الازدراد أو التجرّع *(Gulping)* (شرب جرعات كبيرة في وقت واحد).

٢ - شرب كميات إضافية قبل الحفلات والمناسبات.

٣ - الشرب أثناء الذهاب إلى المنزل.

٤ - الشرب أثناء النهار.

٥ - الكذب في تحديد الكمية المتعاطاة.

٦ - تجنب الحديث عن الكحول أثناء المناقشات.

٧ - إخفاء الكحول في طيات الملابس.

٨ - أخذ الكحول إلى مقر العمل.

٩ - تناول كميات قليلة من الكحول عند الاستيقاظ صباحاً.

١٠ - حدوث ثغرات في الذاكرة.

ويمر الكحولي المبتدىء بحالة من الشرب المفرط تأتي على شكل نوبات، وتتكرر على المريض حتى يأتي عليه الوقت الذي يشرب فيه في كل حين.

ومن السهل تمييز السمات الإكلينيكية حينما تأتي في صورتها الكاملة التي يكون فيها الشخص محمرّ الوجه، بديناً، وتبدو عليه أعراض مماثلة لأعراض التهاب الشعب الهوائية. كما يتقلب مزاج المريض في تلك النوبات بين المرح والبكاء، والغضب بسرعة وبدون تحكم.

التشخيـص

إن التعرف على متعاطي الكحول يتطلب نظرة كلية لحالة المريض، مع اهتمام خاص بالمضاعفات الجسمانية. وغالباً ما يأتي المريض للعلاج دون ذكر شيء عن تاريخ تعاطيه للكحول. ولذلك فإنه من المفيد الحصول على تفصيل كامل عن عادات المريض في شرب الكحول خلال يومه، بدلاً من سؤاله مباشرة عن كمية الكحول التي يتناولها كل يوم.

وتعد زيادة متوسط حجم خلايا الدم الحمراء[٤] *(MCV)* وكذلك زيادة إنزيم الكبد[٥] *(GGT)* اختبارات تقييمية ممتازة.

وتشمل المضاعفات الجسمانية لشرب الكحول المزمن كلاً من:

١ - الغثيان.

٢ - التهاب المعدة.

---

(٤) يحدث عند ٦٠٪ تقريباً من مدمني الكحول، وخصوصاً عند النساء (المترجم).

(٥) يحدث عند ٨٠٪ تقريباً من مدمني الكحول بغض النظر عن وجود اضطراب في وظائف الكبد الأخرى من عدمه. وتكون زيادة هذا الإنزيم بدرجة أكبر إذا كان الفرد يتعاطى كميات كبيرة من الكحول (المترجم).

٣ - الإسهال.

٤ - تليف الكبد، وفشل الكبد، والاعتلال الدماغي الناتج من خلل الجهاز البابي *(Portal systematic encephalopathy)*.

٥ - البواسير.

٦ - التهاب البنكرياس.

٧ - التهاب القصبات الهوائية.

٨ - الدرن (السل) الرئوي.

٩ - التهاب الأعصاب الطرفية واعتلالها، والخزل[٦] *(Paraparesis)*.

١٠ - فقر الدم ذو الكريات الدموية الحمراء الكبيرة *(Macrocytic anaemia)*.

١١ - ارتفاع ضغط الدم ومرض شرايين القلب التاجية.

١٢ - الصرع (الذي يبدأ في وقت متأخر).

١٣ - ضرر الجنين عند الحوامل.

المظاهر النفسية

بالإضافة إلى ما ذكرناه سلفا، فهناك مضاعفات مرضية محددة تتمثل في التالي:

الهلاس[٧] الكحولي *(Alcoholic Hallucinosis)*

تتصف هذه الحالة بالهلاوس السمعية التي تستمر لفترة طويلة، ويتبعها ظهور ضلالات بارانوية. ومازال الخلاف قائما حول هذه المتلازمة من حيث:

---

(٦) أو الشلل الخفيف هو: ضعف في الأطراف السفلية يحدث نتيجة خلل عصبي (المترجم).

(٧) هو ذلك النوع من الهلاوس التي تكون سمعية في الغالب، وتحدث نتيجة تعاطي الكحول لفترات طويلة ويشعر بها المريض وهو في كامل وعيه، على عكس الهلاوس التي تحدث مع الأعراض الانسحابية للكحول إذ يكون المريض في غير وعيه الكامل (المترجم).

هل هي علة مستقلة بذاتها؟ أم أنها حالة فصام ظهرت عند متعاطي الكحول؟ وعادة ما تكون بداية المرض غير واضحة، كما أنه يختفي عند توقف المريض عن تعاطي الكحول[٨].

الهذيان الارتعاشي *(Delerium tremens)*

وهي حالة من القلق المستمر واضطراب الوعي مصحوبة بالارتعاش. وتبدأ عادة عند الإيقاف المفاجىء للكحول بعد فترة طويلة من تعاطيه. وهذه الحالة ربما سبقها - خلال ٢٤ ساعة - نذير من الأعراض مثل: التوجس البيّن. وخطأ المريض في إدراك الأمور من حوله وتقديرها، واضطراب بسيط في القدرة على التوجه والاهتداء للزمان والمكان وكذلك نوبات صرعية. وحينما تشتد الحالة يتهيّج المريض، وتعتريه الهلاوس السمعية والبصرية، ويزداد اضطراب تقديره للظروف المحيطة به، ناظراً إليها بروح شكاكة متهيجة العواطف. ويكون المريض عادة قلقاً متوتراً ودرجة حرارته مرتفعة.

ويتكوّن العلاج من: رعاية في غرفة جيدة الإضاءة، مع توفير كمية كبيرة من السوائل والفيتامينات واستخدام المهدئات الكبرى[٩] *(Major tranquilizers)* من مجموعة الفينوثيازينات. وهذه الوسائل تعيد صلة المريض بالواقع عادة في أقل

---

(٨) ليس دائمًا كذلك (المترجم).

(٩) والأفضل تجنبها نظراً لاحتمالية حدوث الصرع نتيجة لاستخدامها. لكن ربما تم الاضطرار لاستخدامها بسبب استمرارية الضلالات وشدتها. وفي العادة يتم علاج هؤلاء المرضى بأحد البنزوديازيبينات مثل الكلورديازيبوكسيد أوالديازيبام في جرعات عالية، وتقلل تدريجيًا بعد تحسن المريض (المترجم).

من ٣٦ ساعة. ويعد عقار **الكلورميثيازول** *(Chlormethiazole)* ترياقًا (مضاد تسمم) *(Antidote)* نافعاً.

متلازمة كورساكوف *(Korsakov's Syndrome)*

يوجد في هذا المرض ضعف فادح في تذكر الأحداث القريبة العهد *(Recent memory)* مع شيء من الحشو والتزيين[١٠] *(Confabulation)* عند إجابة أسئلة الآخرين. ومع أنها، أساساً، تحدث عند الكحوليين فإنها ربما تحدث بسبب حالات أخرى مثل تصلب الشرايين.

الخرف الكحولي

وهو تماماً كأي حالة خرف أخرى، غير أنه يحدث بسبب تعاطي الكحول. ويبدأ عادة بطريقة تدريجية، ويتزايد بشكل يمكّنه من الرسوخ قبل أن يكتشف.

المضاعفات الاجتماعية النفسية

١ - انهيار الحياة الزوجية.

٢ - فقدان الوظيفة.

٣ - تدهور عام في العلاقات الشخصية.

٤ - حوادث السيارات.

---

(١٠) الحشو أو التزييف هي حالة لاشعورية يقوم المريض فيها بملأ الثغرات التي توجد في الذاكرة بأحداث تخيلية غير حقيقية، ويعتقد المريض بصحتها رغم عدم وجود أساس لها في الواقع. وتكثر هذه الحالة في الاضطرابات الدماغية العضوية (المترجم).

٥ - التعدي والخروج على القانون.

٦ - السلوك العدواني والعنف.

وكل هذه المضاعفات تقود إلى إخفاق الشخص، وتؤدي في النهاية إلى انتحاره في غالب الأحيان.

العلاج والوقايـــة

إن الخطوة الأولى في علاج مدمن الكحول هي إيقاف تعاطيه، والذي يتم فقط في المستشفى. ويعتمد العلاج الناجح على هذه الخطوة مع الاستمرار فى الامتناع عن التعاطي. وليس من الصعب التحكم في عملية انسحاب الكحول، حيث إنها تحتاج فقط إلى درجة من التعاون من قِبَل المريض، والتي تعكس مدى عزمه على التخلص من هذه العادة . وبالطبع ليس المريض مجبراً على فعل ذلك.

ولا يوجد ما يبرر إطالة معاناة المريض من خلال إعطائه كميات متناقصة من الكحول، إذ أنه من الأفضل الإيقاف الكامل للكحول، والاستعداد لعلاج أي مضاعفات تنشأ عن ذلك؛ مثل التشنجات والهذيان الارتعاشي. كما أنه من الأفضل أيضاً تجنّب المسكنات مثل **البـــاربيتيوريت** في الفترة الانسحابية، حيث يفضّل الكثير استخدام الكلورمثيازول لإزالة القلق بالإضافة إلى الفيتامينات والسوائل والتغذية بدرجة جيدة. ويعد الكثيرون عقار الكلورمثيازول عقاراً مثالياً في علاج الأعراض الانسحابية، لأنه مسكن ومضاد للتشنجات في الوقت نفسه، ويمكن حقنه، أيضاً، عن طريق الوريد في الحالات الشديدة. وفي المقابل فإن عقار الكلورمثيازول في حد ذاته ربما أدى إلى الإدمان عليه. ولذلك فإن البعض يفضل

استخدام عقار الفاليوم[١١] (٢٠ ملجم كل ٤ ساعات) في جرعات تتناقص تدريجياً على مدى ستة أيام.

ومع انتهاء المرحلة الانسحابية فإن المعالج يواجه مشكلة تشجيع المريض على البقاء ممتنعاً عن الكحول بقية حياته. وهناك طرق شتى لعلاج هذا الأمر، لكن ليست هناك طريقة واحدة منها تكفي في حد ذاتها. وتكمن الطريقة الأولى في استخدام عقار الدايسلفيرام *(Disulfiram)*، وهو أحد مضادات التعاطي الذي يوفر - عند تناوله بانتظام - دفاعاً كيميائيا ضد تعاطي الكحول، لأنه عند تناول أي كمية من الكحول يحدث عند المريض رد فعل مزعج متمثلاً في الشعور بالضيق واحمرار الوجه، وربما السقوط أرضاً. ويعتمد نجاح هذا العلاج على مدى تعاون المريض واستعداده[١٢] للعلاج، و الذي يعتمد في أصله على مبدأ *التجنب الشرطي (Conditional avoidance)*.

ويعد العلاجان النفسي والاجتماعي هما الركيزتين الأساسيتين في برنامج العلاج. وليس للعلاج النفسي الفردي فائدة تذكر مقارنة بالعلاج النفسي الجماعي الذي يتم في الوحدات المتخصصة، والذي تشير الدلائل إلى مدى فاعليته، فهو يساعد المتعاطي على الرؤية الواقعية للصعوبات التي يعايشها، وعلى وضع حد للمشكلات التي يسببها الكحول أو تلك التي تنشأ نتيجة التوقف عن تعاطيه.

وعلى أقل تقدير ربما ساعد هذا اللون من العلاج في تحديد الأسباب التي تدفع المريض إلى شرب الكحول، فقد قال أحد المرضى في تعبير مؤثر: "إنه من الجيد أن تطلبوا مني أن أتوقف عن شرب الكحول، ولكن بماذا ستستبدلونه؟ ".

---

(١١) وهي الطريقة الأكثر شيوعاً في هذه الأيام (المترجم).

(١٢) نادراً ما يتعاون المريض مما يؤدي إلى فشل هذه الطريقة العلاجية (المترجم).

وتقوم جماعات "مدمنو الخمر مجهولو الاسم" *(AA)(Alcoholic Anonymous)* بدور فعال في علاج المدمنين، فهم يقدمون خدماتهم لكل من يحتاجهم. وهم منظمة تتكون من مجموعة من الكحوليين[١٣] الذين نذوروا أنفسهم لمساعدة بعضهم بعضها من أجل التخلص من الإدمان، كما أنها تتميز عن غيرها من الجمعيات بأنها قامت على أساس ذي طابع ديني.

ويتم علاج المرضى الذين يدمنون الكحول لأسباب نفسية أو اجتماعية أو غيرها من الأسباب، من خلال علاج الأسباب الخفية التي أدت إلى الإدمان، كالاكتئاب مثلاً.

تعديل نمط الشراب

لقد أصبح من الواضح أن الامتناع الكامل عن تناول الكحول يبدو أمرًا مستحيلاً بالنسبة للغالبية العظمى من المرضى. وبأخذ ذلك بعين الاعتبار، فإن الممارسة الطبية الشائعة تستحسن تعليم المريض بأن يعود إلى الشرب بدرجة معقولة مضبوطة[١٤].

وبالطبع فإن هذه الممارسة غير ملائمة للمرضى الذين يعانون من خلل عضوي شديد، فهؤلاء يجب عليهم التوقف تمامًا عن تعاطي الكحول. وبغض النظر عن النمط النهائي لشرب الكحول الذي سينتهي إليه الفرد فإن فترة الامتناع التام يجب ألا تقل في العادة عن ستة أشهر.

---

(١٣) الذين توقفوا عن التعاطي (المترجم).

(١٤) هناك تحفظ طبي وشرعي حول هذه الممارسة (المترجم).

مــآل المــرض

لا يمكن على وجه الدقة التنبؤ بمآل المرض، ولكن هناك بعض المؤشرات الإيجابية والسلبية. فقوة شخصية الفرد و سلامتها، وقصر مدة الإدمان تعد مؤشرات إيجابية. وفي المقابل فإن بعض الوظائف والمهن التي ربما تقود إلى الإدمان - كما ذكرنا سابقًا - تعد مؤشرات سلبية.

ويبدو أن بعض المرضى يشفون بطريقة تلقائية بعد عدة سنوات، وحينها تكمن أهمية التدخل الطبي من أجل المحافظة على صحة المريض خلال فترة الشفاء.وفي غالب الأحيان لا يبذل الفريق المعالج جهداً كافياً في علاج المريض، وذلك بسبب طبيعة المرض المتكررة المزمنة التي تجعل أفراد الفريق المعالج يشعرون بأنهم يهدرون أوقاتهم في ما لا طائل منه، خصوصًا وأن العلاج يجب أن يستمر لفترة طويلة.

إدمـــان العقاقـــير

يثير إدمان العقاقير اهتمامات طبية واجتماعية. وقد بدأت هذه الاهتمامات في المملكة المتحدة في بداية الستينيات من هذا القرن مع تزايد نسبة الشباب الذين يحقنون أنفسهم بالأفيون، وبشكل خاص عقار الهيروين. وكما هو متوقع، فإن الفحص المتأني والدقيق لهذه الظاهرة أوضح أن مشكلات استخدام العقاقير بين الشباب أكثر بكثير مما كان في الحسبان. وعند النظر إلى هذه المشكلة يجب الأخذ بعين الاعتبار مدى الاستهلاك الضخم للأدوية النفسية، والذي يتم في أغلب الأحيان تحت إشراف طبي.

وتعد المنبهات *(Stimulants)* والمسكنات *(Sedatives)* وعقاقير الهلوسة *(Hallucinogenic drugs)* أشهر العقاقير التي تؤدي إلى الإدمان.

العقاقير ذات التأثير المسكن بشكل أساسي

وتنقسم إلى مجموعتين، أولاهما: مسكنات الألم (*Sedative analgesics*) أو ما تسمى بالأفيون ومشتقاته، ومن أبرزها الهيروين والمورفين والتي يفضلها المتعاطون على غيرها من العقاقير. وتؤخذ عادة عن طريق الحقن في الوريد، مؤدية إلى ظهور الأعراض الاعتمادية الجسدية والنفسية للإدمان. وتتمثل الأعراض الاعتمادية الجسدية في الأعراض الجسدية التي تظهر عند التوقف عن تعاطي الأفيون، في حين تتمثل الأعراض الاعتمادية النفسية في الانهماك الزائد بدرجة كبيرة في تعاطيه.

وغالبا ما يتغير نمط حياة المدمن حتى يصبح تعاطي العقار هو نشاطه الأساسي، وربما انتهى به إلى حالة من الإهمال الاجتماعي نتيجة إنفاقه لوقته وكل مايملك من أجل الحصول على العقاقير مهملا نفسه أ يما إهمال. ولا توجد علامات محددة للإدمان في حد ذاته سوى آثار الحقن الوريدية المنتشرة على الذراعين والساقين.

وتشمل متلازمة الامتناع عن الأفيون (*Opiate abstinence syndrome*) كلاً من: القلق والتهيّج وتقلصات البطن والغثيان والتهاب الأنف وكذلك الإسهال. ويجب أن يتم سحب الهيروين بطريقة تدريجية، كما أنه من المعتاد استغلال هذه الفترة في تحسين حالة المريض الجسدية من خلال إعطائه الفيتامينات والسوائل، وتغذيته بشكل جيد. وعند السحب التدريجي(١٥) للهيروين فإن عقار الميثادون

---

(١٥) يفضل بعض المعالجين أن يجعل المريض يعاني أثناء انسحاب الهيروين، لما لذلك من أهمية في منع حدوث الإدمان ثانية، وذلك من خلال آلية الارتباط حيث يرتبط في ذهن المريض الإدمان بالأعراض الانسحابية المؤلمة (المترجم).

(Methadone) والذي يعطى عن طريق الفم يستبدل به. ولهذا العقار تأثير يماثل تأثير الهيروين، لكنه يبقى لمدة أطول في الجسم، ولذلك فهو مفيد في علاج الأعراض الانسحابية.

وتعد إزالة السمية *(Detoxification)* بالطبع خطوة أولى فقط في مرحلة العلاج، وتليها مرحلة أصعب منها متمثلة في تشجيع استمرار الامتناع عن التعاطي. وكما يستخدم عقار الدايسلفيرام للكحوليين فإن جرعة ٥٠ مجم صباحاً من عقار النالتريكسون *(Naltrexone)* لها فعالية بالغة في مضادة الأثر الانتشائي للأفيون، وبالتالي فهي تساعد على استمرار الامتناع عن التعاطي.

ويعتمد تشجيع المرضى على الامتناع عن التعاطي على مبدأين أساسيين. أولهما: هو محاولة البحث عن مصدر بديل للراحة في حياة المريض نفسه، ويمكن أن يتم هذا بواسطة وسائل اجتماعية تتمثل في تغيير نمط حياة المريض بالكامل. ومثال ذلك بيوت العنقاء *(Phoenix houses)* [١٦]، حيث يعيش المرضى حياة خالية من المخدرات، ويعملون على حل مشكلاتهم في جلسات مواجهة صريحة.

ومع أن نسبة الانتكاس عالية عند مدمني الأفيون، فإنه ليس من الحكمة أن ننظر بعين التشاؤم تجاه ذلك، إذ أن هناك الكثير الذي يمكن عمله من أجل تحسين حالة المدمنين النفسية والجسدية.

أما المبدأ الآخر[١٧]: فهو محاولة استبدال عقار آخر بالهيروين مثل الميثادون الذي يفضله الكثيرون من مؤيدي هذا المبدأ على غيره من العقاقير.

---

(١٦) العنقاء: طائر خرافي يزعم قدماء المصريين أنه يعمر ما بين ٥ - ٦ قرون، وبعد أن يحرق نفسه ينبعث من رماده وهو أتم ما يكون شبابا وجمالا. وقد استعير اسم هذا الطائر لتلك البيوت (المجتمعات العلاجية) إشارة إلى أن المريض الذي أحرقته وأنهكته آثار المخدرات يدخل تلك البيوت ثم يخرج منها بعد فترة وكأنه قد ولد من جديد وانطلق إلى الحياة بروح مفعمة بالحيوية والنشاط (المترجم).

(١٧) ربما كان هذا المبدأ مقبولا من الناحية الطبية، لكنه من الناحية الدينية يحتاج إلى إعادة النظر ووزن المصالح والمفاسد التي قد تترتب عليه، لأن الميثادون ـ بحد ذاته ـ مخدر ويؤدي إلى الإدمان (المترجم).

ومع ذلك فإن استخدام المتعاطي للهيروين من النوع النقي وتحت الإشراف الطبي هو خطوة أولى للابتعاد عن خزي التعاطي غير المشروع.

أما المجموعة الأخرى من العقاقير ذات التأثير المسكن فهي العقاقير المسكنة المنومة وتشمل عقاقير الباربيتيوريت وعدداً كبيراً من المسكنات مثل الميثاكوالون *(Methaqualone)*. ويصف كثير من الأطباء الباربيتيوريت بطريقة غير حكيمة، والتى ربما تسبب تسمم الباربيتيوريت المزمن، وتؤدي كذلك إلى الاعتماد عليها والذي يحدث بنسبة أكثر بكثير مما هو متوقع.

وتتمثل أعراض تسمم الباربيتيوريت المزمن في تداخل كلمات المريض أثناء حديثه ورأرأة العينين[(١٨)] والرنح أثناء المشي مع درجات مختلفة من تشوش الوعي.

وتحدث النوبات الصرعية غالباً عند انسحاب الباربيتيوريت، ولذلك يجب أن تعالج فترة الانسحاب عن طريق التدرج في إزالة السّمّية، وذلك باستخدام عقار البنتوباربيتون *(Pentobarbitone)* في جرعات متفرقة، والتي تقلل بواقع ١٠٠ مجم يومياً.

ومما يجب ملاحظته أن البنزوديازيبينات *(Benzodiazepines)* - وعلى وجه الخصوص عقار الفاليوم - يمكن أن تؤدي إلى حالات من الإدمان المزمن عندما تؤخذ في جرعات عالية تتعدى المستوى العلاجي، والتي ربما أحدثت أعراضاً انسحابية، كحالات الصرع ونوبات الهلع.

العقاقير المنبهة

وأكثرها استخداماً الأمفيتامينات*(Amphetamines)* و تشمل الدكسدرين *(Dexedrine)* والدريناميل *(Drinamyl)* والبريلودين*(Preludin)*، ويتعاطاها الناس

---

(١٨) حركة العينين بانتظام واستمرار، والتي تكون في العادة علامة على اضطراب في العين أو في الجهاز الدهليزي (*vestibular system*) للأذن (المترجم).

من ذوي الشخصيات السوية وغير السوية بسبب تأثيرها المنشط، لأنها تحدث لدى الشخص شعورًا مؤقتًا بالانتعاش، يعقبه إحساس بالاكتئاب، مما يجعل المتعاطي يستهلك كميات أكبر قد تصل إلى *جرامين* في اليوم الواحد.

ومن الشائع حدوث حالات من القلق والتهيج مع نوبات غضب شديدة، لكن الأكثر خطورة هو حدوث *ذهان* الأمفيتامينات *(Amphetamine psychosis)* الذي وصفه كونيل في عام ١٩٥٨م. ويتألف هذا النوع من الذهان من مجموعة من أعراض القلق والبهجة وأفكار بارانوية وهلاوس، كما في الذهان ذي الشكل الفصامي *(Schizophreniform psychosis)*، والذي يزول عند انسحاب الأمفيتامينات[١٩].

وقد ازدادت صعوبة علاج الاعتماد على الأمفيتامينات بسبب انتشار استخدامها لدى السيكوباتيين، وكذلك بسبب صرف بعض الأطباء لها بطريقة تخلو من الحكمة والوعي. ولذلك يجب التأكيد على أن هناك فقط ثلاثة دواع لاستعمال الأمفيتامينات: في النوم الانتيابي[٢٠]*(Narcolepsy)*، وفي علاج مرضى الصرع الذين عولجوا بكميات كبيرة من المهدئات، وفي علاج الأطفال المصابين بمتلازمة فرط الحركة *(Hyperkinetic syndrome)*.

أما في السنوات الأخيرة فقد أصبح الكوكايين يستخدم بكثرة، والذي يؤخذ عادة عن طريق الاستنشاق. ويحدث الكوكايين شعورا بالنشاط والخفة في آن واحد، وهو ما قد يفسر مدى انتشاره. كما قد يؤدي تعاطي الكوكايين المفرط والمطرد إلى حالة ذهانية مؤقتة مصحوبة بهلاوس لمسية مميزة[٢١]

---

(١٩) وقد لا يزول هذا الذهان عند بعض الأشخاص حتى بعد انسحاب الأمفيتامينات (المترجم).

(٢٠) راجع صفحة ٩٣ (المترجم).

(٢١) إحساس خاطىء حيث يشعر المريض بأن شيئا ما يدب فوق الجلد أو تحته*(formication)* (المترجم).

(Tactile hallucinations). وأخطر من ذلك أن تتلف أنسجة الرئة والأنف نتيجة تضيّق الأوعية الدموية عند استنشاق الكوكاين.

عقاقير الهلوسة *(Hallucinogenic drugs)*

بدأ انتشار استخدام عقاقير الهلوسة على نطاق واسع منذ بداية الستينات. وقد كان عقار *(LSD)* هو الأكثر انتشاراً، ومع أنه لا يسبب اعتماداً جسديًا فإنه بكل تأكيد يحدث اعتمادا نفسيًا، إذ يبالغ الفرد في تقييم قدرة ذلك العقار على التأثير في حالته العقلية. وعندما يتعاطى تلك العقاقير إنسان تعيس أو آخر يعاني من حالة قلقة فإنه يصحب ذلك حدوث ردود فعل سيئة، ويمكن أن تكون أحد هذه الأنماط الثلاثة: حالات من التهييج الذهاني الحاد، أو حالات اكتئاب. أو حالات هلع ورعب، وتتبعها غالباً أعراض دائمة من عدم الشعور بالشخصية *(Depersonalization)*. ولحسن الحظ فإن معظم هذه التفاعلات النفسية تختفي بطريقة تلقائية، لكن الأفضل أن يخضع مثل هؤلاء المرضى للملاحظة والإشراف النفسي، وللتنويم في المستشفى إن استدعى الأمر.

وتشمل عقاقير الهلوسة الأخرى كلاً من:

١ - الفنسيكليدين *(Phencyclidine)*: والتي أصبحت تستخدم بانتشار واسع.

٢ - السيلوسيبين *(Psilocybin)*: وهو ما يُسمّى المشروم السحري أو تيجان الحرية، والذي ينمو في جميع أنحاء إنجلترا. ويغلى ما بين عشرة تيجان إلى ثلاثين تاجًا (الجزء العلوي من النبات)، ويتم تناوله على شكل شاي، محدثة أثرًا مماثلاً لأثر عقار *(LSD)* ولكن أقل شدة منه. وتؤدي هذه العقاقير إلى حدوث حالات الشعور بالخطر وعدم القدرة على إدراك ومعرفة الزمان

والمكان عند بعض الشباب، وهي الحالات التي يصادفها الأطباء في أقسام الإسعاف. ومن المعتاد أن تتحسن حالة الشخص تلقائيًا، وإن لم يتم استخدام المسكنات.

٣ - القنب الهندي *(Indian hemp)*: وهو من صنف الحشيش *(Cannabis species)* - خصوصًا الحشيش الهندي *(C. Indica)*، ويتوافر بشكل أساسي على شكل سيقان أعشاب كما في الماريجوانا *(Marijuana)*، أو الخلاصة الصمغية للزهور كما في الحشيش *(Hashish)*. وتزداد حدة الأعراض عند الأشخاص السريعي التأثر كالفصاميين مثلاً، لكن تلك الأعراض تستجيب للعلاج بصورة جيدة.

سبب إدمان الكحول والعقاقير

لقد أمدنا علم النبات بمقياس نافع لمعرفة أسباب الإدمان، فإذا ما اعتبرنا أن العقار بمثابة البذرة ولكل منها تركيبها الخاص، واعتبرنا أن المدمن هو التربة التي تنمو فيها تلك البذرة ولكل فرد من الناس ميله ونزوعه المختلف نحو الإدمان، واعتبرنا البيئة الاجتماعية التي ينشأ فيها الفرد بمثابة الطقس، فمع أهمية البذرة والتربة فإن للطقس الأهمية الكبرى. وتتضح هذه الفكرة عند مقارنة الطقس مثلاً بين غابات الأمازون وبين الصحراء العربية.

ويعد تعاطي الكحول نادراً[٢٢] في المناطق العربية لكنه شائع في اسكتلندا. ومن الملفت للنظر أنه علاوة على عدم حظر تعاطي الكحول في المجتمعات

(٢٢) أظن أن المؤلف قد بالغ في تقييم الندرة، وربما كان عذره في ذلك عدم وجود الإحصائيات الدقيقة في الدول العربية (المترجم).

العلمانية مثل إنجلترا إلاّ أن الطلب على الكحول واستهلاكه مازال في ازدياد مستمر. وفي أمريكا، يزداد الاستهلاك السنوي للهيروين سنة بعد سنة منذ أن تم حظر استخدامه في عام ١٩٢٣م.

وفي المقابل فإنه حينما لا توجد قيود حول استخدام العقاقير كما كان في لندن أيام *هوقارث (Hogarth)* فإن الاستهلاك، أيضا، في ازدياد. ولذلك يبدو أن كلا من حظر التعاطي أو إباحته يمكن أن يؤدي إلى فرط التعاطي، ويحدث كذلك العديد من المشكلات. ويبدو أن التحكم في سهولة الحصول على العقار هو الضابط الوحيد لمدى استخدام العقاقير.

ولقد كان اكتشاف المستقبلات العصبية والتعرف عليها ـ خصوصاً مستقبلات الأفيون في الدماغ والجهاز العصبي المركزي ـ خطوة جيدة لإدراك فسيولوجية الاعتماد على العقاقير. إضافة إلى ذلك، فإن اكتشاف وجود *الببتيدات الخماسية (Pentapeptides)* في الدماغ مثل الإنكفالين (Encephalins) والذي يشابه الأفيون في صفاته أدى إلى الفرضية بأن الاستخدام المزمن للأفيون يكبح نشاط الإنكفالين، وهو الذي يفسر ابتداء الأعراض الانسحابية عند إيقاف العقار.

ومن النادر أن يصبح أي فرد معتمدًا على عقار عن طريق الصدفة، كما أن الاعتماد الشديد بسبب العلاج بتلك العقاقير ما زال غير شائع. ومما ينبغي تذكره أن العقاقير المسببة للاعتمادية هي بوجه عام تؤثر في العقل، إذ أنها تغير المشاعر والعواطف والإدراك والتفكير وكذلك السلوك. كما أن الشخص ذو الرغبة الكامنة في التعاطي *(Potential user)* حينما يسمع عن أثر هذه العقاقير، فإن نفسه تهفو لتجربتها، وهذا يعني أن الاعتماد على العقاقير ربما ينشأ بسبب الأثر

اللطيف والمتكرر الذي تحدثه تلك العقاقير، أو نتيجة محوها لتلك الأعراض التي تضايق المريض وتكدّره، كما في حالات عصاب القلق إذ يصبح المخدر نوعاً من التداوي الذاتي لدى المتعاطي.

ويعد التمييز بين المتعاطين على أساس طريقة التعاطي (الفم أو الوريد) أكثر فائدة ودقة من التمييز بينهم على أساس مصطلحات تصف العقاقير بأنها "قوية أو خفيفة"، فهناك من يتعاطى العقاقير عن طريق الفم، وهناك فريق آخر يتعاطونها عن طريق الوريد، وهم الذين يكونون عرضة للاعتمادية على العقار بدرجة أسرع، وتزداد عندهم نسبة الأمراض والوفيات نتيجة حقنهم لأنفسهم بطريقة غير معقمة.

ويهتم المجتمع حاليًا - بشكل كبير - بظاهرة استخدام العقاقير عند الشباب الذين يعدون اللذة والمتعة همًا الهم الأول والشغل الشاغل لهم في هذه الحياة. ومع أن أولئك الشباب يمثلون مشكلة اجتماعية خطيرة، فإن ذلك يجب ألا ينسينا المشكلة الكبرى المتمثلة في الاعتماد الخفي على المسكنات والمنومات والمهدئات.

ومن المفيد، أيضًا، أن ننظر إلى السلوك المتعلق بتعاطي العقاقير وأثرها في نمط حياة الفرد، وليس الاقتصار على النظر فقط في قابلية ذلك الفرد للاعتماد على تلك العقاقير. وفي الوقت الحاضر فإن اعتماد الشباب على العقاقير أمر جدير بالمتابعة واتخاذ الموقف حياله، نظرًا لاتجاهاته وأبعاده المستقبلية. فقد لوحظ على سبيل المثال عدم اقتصار الشباب على تعاطي عقار واحد بل يتعاطون مجموعة كبيرة من العقاقير.

وحتى مع الزعم بأن تعاطي العقاقير في الأصل مرتبط بنوع من الفضول، وتجربة شيء جديد، فإنه في الحالات الشديدة يكون نتيجة اضطراب مزمن في

الشخصية، خصوصاً الاضطراب السيكوباتي الذي لوحظ في أغلب الحالات. ويتعاطى بعضهم العقاقير من أجل التخلص من القلق والاكتئاب، أو لتكون حاجزا بينهم وبين العالم الذي يرفضونه.

أما بالنسبة للشباب الجانحين *(Delinquent youngster)*، فإن العقاقير تمثل لهم مصدرًا سهلاً للمتعة المحرمة.

وتختفي العقاقير ثم تظهر ثانية. ففي حين اختفى الكوكايين قبل ثلاثين سنة، فإنه في الوقت الحاضر بلغ ذروة استخدامه في الولايات المتحدة الأمريكية. ويمكن قول الشيء نفسه عن انتشار استنشاق المواد الطيارة *(Volatile solvents)* في بعض أنحاء بريطانيا.

ومما يجدر بنا أن نضعه نصب أعيننا أنه لا توجد حضارة عبر التاريخ خلت من استخدام عقار أو آخر. كما أن تميز نقطة الضعف الانسانية هذه ربما أدى إلى وضع الهفوات والزلات بشأن استخدام العقاقير في منظورها الصحيح[٢٣].

وعلى سبيل المثال فإن رد الفعل العاطفي الزائد تجاه سوء استخدام الأفيون مقابل اللامبالاة الزائدة تجاه الضرر الواسع الانتشار الذي يحدثه الكحول، لهو الغاية في تطرف النظر الاعتباطي.

---

(٢٣)في نظري أن الضبط الاجتماعي على مستوى الحكومات والأفراد هو العامل الأساسي في الوقاية من الإدمان والتعافي منه . وأما العقاقير فيتمثل دورها بشكل خاص في علاج الأعراض الانسحابية ، في حين أن البرامج التأهيلية في مختلف بلاد العالم لم تستطع أن تقدم نتائج علاجية جيدة (المترجم).

المراجـــــع

* *Connell, p . (1958) amphetamine Psychosis , chapman, hall, london and Maudsley Monograph no. 5 , Oxford University Press , London.*

قراءات إضافيـــة

Ashton, H. (1974). Benzodiazepine Wrthdrawal. *British Medical Journal,* 228, 1135-40.
Berridge, V. (1987). *Opium and the People.* Yale University Press, New Haven.
Dorn, N. and South, N. (1987). *A Land Fit for heroin?* Macmillan, London.
Edwards, G. (Ed.) (1987). *Drug Scenes.* Royal College of Psychiatrists, London.
Glatt, M.M. (1983). *Alcohol, our favourite Drug.* College of Psychiatrists, London.
Kessel, W. and Walton, H. (1979). *Alcoholism.* Penguin, London.
Maier, H.W. (1978). *Cocalnism.* Addiction Research Foundation, Toronto.
Stewart, t. (1987). *The Heroin Users.* Pandora, London.
Zinberg, N.E. (1984). *Drugs Set and Setting.* Yale Univesity Press, New Haven.

الفصل السابع

الاضطرابات الجنسية النفسية

Psychosexual Disorders

مقدمة [1]

لم يتضمن المنهج الدراسي لطلبة كلية الطب أية إشارة عن الاضطرابات الجنسية النفسية إلا في السنوات القليلة الماضية. ويعد ذلك القصور فجوة مثيرة للاستغراب والدهشة في البرنامج التدريبي للأطباء، وذلك لأنه تسبب في قصور فهمهم للمشكلات الجنسية الشائعة، مما أدّى إلى عجزهم عن تقديم النصح والمساعدة في كثير من الحالات. ومن المحتمل عزو ذلك إلى أن الاتجاهات السائدة في الماضي كانت تميل إلى الاحتشام والمحافظة، إذ كانت مناقشة الأمور الجنسية على أيّ مستوى تُعد أمراً محرماً.

وبالطبع فقد كان هناك العديد من الأطباء على مختلف تخصصاتهم - بما فيهم الأطباء النفسانيون - ممن لديهم الاهتمام والقدرة على التعامل مع مشكلات المرضى ذوي الاضطرابات الجنسية النفسية. ولكنهم كانوا قليلين نسبياً.

---

(١) قد يستغرب القارىء بعض ما يرد في هذا الفصل، فلذلك وجب التنبيه ابتداء أن هذه الإحصاءات والدراسات تمت في المجتمع الغربي (المترجم).

كما أن البحوث المشورة في هذا المجال كانت متناثرة ومتفرقة. علاوة على ذلك، فإنه لم يكن هناك سوى القليل من التجارب، التي تحاول تفسير الاعتقادات المنتشرة حول الموضوعات النفسية الجنسية، التي قامت أساساً على نظريات غير مجربة، تعتمد غالباً على النظر والتأمل.

وأخيراً وجدت الاضطرابات الجنسية النفسية مكانها في المقررات الدراسية لطلبة كلية الطب. وذلك بعد الدراسات الحديثة التي بدأت على يدي العالم **كينسي** *(Kinsey)* حول أنواع الممارسات الجنسية في المجتمع الأمريكي، وكذلك الدراسات التجريبية التي قام بها **ماستر وجونسون** *(Master and Johnson)* حول علاج الاضطرابات الجنسية النفسية الشائعة.

وربما أضفنا إلى ذلك حقيقة أخرى، تتمثل في تزايد إلحاح بعض الناس طلباً للمساعدة بشأن مشكلاتهم الجنسية، نتيجة زيادة الوعي العام من خلال وسائل الإعلام حول توافر الأبحاث والعلاجات الفعالة للاضطرابات الجنسية في مختلف بلاد العالم، وخصوصاً في أمريكا.

ويتحمّل مرضى هذا الاضطراب قدراً كبيراً من التعاسة والشقاء، كما أنه حينما يكون الشفاء غير ممكن، فإنه ربما يؤدي إلى فشل الحياة الزوجية، وظهور حالات الاكتئاب، وكذلك استخدام الكحول والمخدرات، وانتشار محاولات الانتحار. ولا يقع علاج الاضطرابات الجنسية على عاتق الأطباء وحدهم، بل الواقع أن العلاج الحديث يتطلب تضافر جهود عدة تخصصات، تشمل الأطباء العامين والأطباء النفسانيين، والاختصاصيين النفسيين والاجتماعيين يسهم كل حسب تخصصه في البرنامج العلاجي.

وقد جرت العادة أن يكون الطبيب هو أول من يستشار في شأن تلك الاضطرابات، فكان لزاما عليه أن يكون على دراية بأشهر الاضطرابات الجنسية النفسية والتي تشمل:

١ - فشل انتصاب العضو التناسلي عند الرجل (العنة) *(Erectile Failure)* *(Impotence)*.

٢ - القذف المبكر *(Premature Ejaculation)*.

٣ - عدم قدرة المرأة على الوصول إلى هزة الجماع *(Orgasm)*. وهو ما يسمى بالبرود الجنسي *(Frigidity)*؛ لكن هذا المصطلح الأخير غير مرغوب فيه، وينبغي عدم استخدامه.

فشل الانتصاب (Erectile Failure)

يرتبط فشل الانتصاب بالقلق النابع من الخوف من فقد القدرة الجنسية، والذي يمكن أن ينشأ بطرق مختلفة؛ من أهمها: الجهل وانعدام الخبرة بالأمور الجنسية. والقلق المستمر بشأن القدرة الجنسية الذي يبدأ قرب مرحلة البلوغ. كما يعد فشل الانتصاب في أول محاولة جنسية سببا شائعا لهذا الاضطراب. وهذا النوع من الفشل ربما يقنع الشخص بأنه غير قادر على بلوغ الانتصاب، كما أن تكرار ذلك الفشل يعزز تلك القناعة عنده، ويجعله يعتقد بأن هذا المرض غير قابل للعلاج على الإطلاق.

وتنشأ ٩٠٪ من حالات فشل الانتصاب من القلق، لكن هناك، أيضا، أسبابا جسدية واضحة تشمل: الأمراض العصبية كاعتلال الأعصاب السكري *(Diabetic neuropathy)*، وإصابات الحبل الشوكي، كما قد توجد عند

الأشخاص الذين يعانون من ضعف عام في صحتهم البدنية، كأولئك الذين يعانون من أمراض القلب المزمنة. ومع أنه من النادر أن تكون اضطرابات الغدد سبباً في فشل الانتصاب فإنه لا ينبغي إغفالها.

ومما يجب تذكره أن عدداً من الأدوية تسبب فشل الانتصاب مثل: المسكنات المنومة أو المهدئات التي تؤخذ بانتظام، والتي ربما كان أشهرها التعاطي المفرط للكحول. كما أن جميع مضادات الاكتئاب الثلاثية الحلقة وعلاجات ارتفاع ضغط الدم يمكن أن تسبب فشل الانتصاب بوصفه عرضا جانبيا لها. ويُعد المدخنون بشراهة عرضة، أيضاً، للإصابة بفشل الانتصاب.

العـــــلاج

يعد التاريخ المرضي المفصل والكامل للنمو الجنسي للمريض، وكذلك خبراته وميوله الجنسية أمراً ومطلباً أساسياً. ويجد كثير من الرجال الأصحاء أنفسهم في الصباح الباكر وقد انتصبت أعضاؤهم التناسلية بطريقة تلقائية، والذي ربما كان نتيجة الاستثارة الناجمة عن الاحتكاك بالمثانة الممتلئة بالبول(٢). وإذا كانت العنّة ناتجة عن أسباب نفسية كالقلق مثلاً، فإن ذلك لا يؤثر في الانتصاب الذي يجده الإنسان عند الاستيقاظ في الصباح الباكر. ولكن كل أنواع الانتصاب - بلا استثناء - تتأثر سلباً نتيجة الخلل الجسدي، كاعتلال الأعصاب مثلاً.

---

(٢) يحدث الانتصاب أثناء النوم بسبب زيادة نشاط الجهاز اللاوُدّي (نظير السمبثاوي) *(parasympathetic)*، وانخفاض نشاط الجهاز الوُدّي (السمبثاوي) *(sympathetic)* (المترجم).

وعند استبعاد الأسباب الجسدية والدوائية لفشل الانتصاب، فإن الغالبية العظمى من الحالات تكون مرتبطة بالقلق. ولا يمكن علاج المريض بمفرده، بل من المهم أن نؤمن تعاون شريكته في الجنس، إضافة إلى الحصول على تفاصيل دقيقة حول نشوء العنّة وتطورها عند المريض. وعند التعرف على أبعاد المشكلة، فإن الاقتراح المعتاد تقديمه للزوجين هو الامتناع الكامل عن الممارسة الجنسية من أجل مساعدتهما في الحصول على فترة من الهدوء، كي يتخلصا من مشاعر الاستياء والاعتلال والتعاسة التي نمت مع الأيام. كما أنه من المهم، أيضاً، أن يكون الطبيب إيجابياً وداعماً ومشجعاً وأن يوضح للزوجين أن هذه الحالة قابلة للعلاج.

ولا يتسع المقام لبسط الحديث حول أنواع التقنيات العلاجية المستخدمة لعلاج فشل الانتصاب[٣] ، ولكّن المبادىء يمكن تلخصيها بالقول إن الأساس الأول في العلاج هو استيضاح التاريخ المرضي بالكامل، ما أمكن، من وجهة نظر الزوجين، مع نصحهما بالامتناع عن الجماع لعدة أسابيع بوصفه خطوة أولى في برنامج العلاج. وتميل المبادىء العامة للعلاج التي تستخدم حالياً إلى توجيه المريض إلى الطريقة المثلى لممارسة الجنس والتي تهدف إلى إزالة قلقه حول العملية الجنسية، مع توجيه الزوجة إلى تجنب التفاعل بأسلوب امتعاضي رافض عند فشل الانتصاب، ومزاولة نشاط جنسي لا يكون هدفه الممارسة الكاملة للجنس. فالفكرة إذاً هي إعادة تأهيل الوظيفة الجنسية المفقودة بطريقة خالية من التوتر من خلال كسب ثقة أكبر بالنفس، مما يسهل استعادة الانتصاب الطبيعي، وبالتالي ممارسة الجنس بشكل طبيعي تماماً.

---

(٣) تم حديثاً اكتشاف علاج الفياجرا والذي يعالج فشل الانتصاب العضوي وكذلك بعض حالات فشل الانتصاب النفسية (المترجم).

ومع أنه من الصعوبة بمكان أن نتنبأ بمآل المرض، فإنه يبدو في الوقت الحاضر أن هناك إجماعاً للآراء على أن الرجل الذي يعاني من العنّة لمدة تتجاوز العامين تكون نسبة شفائه منخفضة، أما إذا كانت الفترة أقل من عامين، فإن النسبة تكون عالية، وربما تصل إلى ٨٠ ٪.

القذف المبكر (Premature Ejaculation)

إن القذف المبكر شائع جداً بين الرجال، وهو ما يسبب تعاسة ومرارة بالغة عند الزوجة. ومن المحتمل أن يكون هذا الاضطراب هو الأكثر قابلية للعلاج من بين الاضطرابات الجنسية الأخرى، إذا رافقه تعاون كامل من طرف الزوجة. وتُعد الدعامة الأساسية في العلاج هي توجيه المرأة بأن تقوم بالضغط بشدة على حشفة القضيب لمدة معينة[٣]، وذلك قبل حدوث الإنزال مباشرة عند الزوج، مما يؤدي إلى منع حدوثه. وإذا ما تبعت ذلك فترة من الراحة، فإنه يمكنهما حينئذ ممارسة الجنس مرة أخرى والتي يتأخر في خلالها الإنزال. وعلى الزوجين أن يتذكرا أن النجاح هو مسألة وقت.

فشل الأنثى في بلوغ هزّة الجماع (Failure Of Orgasm)

وهو من المحتمل أن يكون واحداً من أكثر الاضطرابات الجنسية النفسية مدعاة للتعاسة. ولقد كان الاعتقاد السائد لسنوات طويلة أن هزّة الجماع عند المرأة

---

(٣) هناك طرق أخرى مثل طريقة الوقف والابتداء *(stop - start method)*، وفيها تحاول المرأة تنظيم درجة الاستثارة عند الرجل متفادية بذلك سرعة الإنزال كما يمكن استخدام بعض العقاقير الطبية التي تؤدي إلى تأخر حدوث القذف كعرض جانبي لها مثل مثبطات استرجاع السيروتينين (SSRI) (المترجم).

تحدث بسبب الاستثارة الناتجة عن احتكاك العضو الذكري المنتصب بالمهبل، مما أدى إلى وصف العديد من النساء بالبرود الجنسي، نظرا لعدم بلوغهن تلك الهزة.

وفي الحقيقة فقد شعرت أولئك النسوة بالحيف والإحباط، ووجدن أنفسهن أقل من غيرهن من النساء.

لكنه من ناحية ثانية فقد أثبتت الأدلة التجريبية أن هزة الجماع تحدث أساسا بسبب استثارة البظر، وأن الهزة الناتجة من استثارة المهبل نادرة جدا. وبالتعاون الجيد بين الزوجين وتوجيههما حول طريقة استثارة البظر إما بواسطة اليد أو باستخدام أية أداة، فإن عددا كبيرا من النساء اللائي وصفن بالبرود الجنسي لسنوات عديدة أصبحن قادرات عل بلوغ هزة الجماع، والاستمتاع بعلاقة جنسية طبيعية، كن قد حرمن منها لفترة طويلة.

الانحرافات الجنسية *(Sexual Deviations)*

تواجهنا هنا مشكلة تعريف معنى الانحراف، ففي الماضي كانت تعد ممارسة الجنسية المثلية[٥] *(Homosexuality)* بين الرجال أو النساء صورة مرضية للجنس. لكن النظرة الحديثة لا ترى ذلك، وإنما تعدها فقط انحرافا لا مرضا. ولذلك فإنه من النادر في الوقت الحاضر أن يسعى المعالج في تغيير التوجه والميل الجنسي لدى أولئك الأشخاص، إلا إذا طلب أحدهم ذلك.

وفي الوقت نفسه يجب أن نتذكر أن الجنسيين المثليين، من كلا الجنسين، يكونون غالبا عرضة لقدر كبير من اضطهاد المجتمع لهم. وتعد حياتهم الجنسية نموذجا لا أخلاقيا ومثيرا للاشمئزاز. وربما أدت هذه النظرة الاجتماعية إلى قدر

---

(٥) وتسمى اللواط حينما تكون بين ذكرين، والسحاق حينما تكون بين امرأتين (المترجم).

كبير من التعاسة خصوصاً عند الشباب الذكور، مما يصيبهم بالاكتئاب الشديد، ويجعلهم يحاولون الانتحار.

ولذلك فإن الجنسيين المثليين، ربما كانوا أكثر عرضة من غيرهم للإصابة باضطرابات المزاج والشعور بالذنب، مما يستدعي التعاطف معهم، وتقديم التوجيه النفسي السليم لهم، من أجل مساعدتهم على العيش في وفاق مع أنفسهم.

ولقد خفّت حدة مشاعر الرأي العام نحو الجنسيين المثليين إلى حد معين، إذ لم تعد ممارسة الجنس بين الذكور البالغين جريمة يعاقب عليها القانون[٦]، إذا تمت بموافقة الطرفين. لكن ذلك لم يمح إحساس تلك الفئة بالتعاسة وبأنهم محط نقد الآخرين.

ومن المهم أن ندرك الفرق بين التوجه أو الميل نحو الجنسية المثلية، والتي يكون فيها الميل الجنسي لدى الشخص متجهاً لجنسه نفسه، وبين السلوك الجنسي المثلي والذي نعني به تلك الممارسات الجنسية المثلية، التي تحدث في ظروف خاصة كالمجتمعات التي يكون أفرادها من جنس واحد حيث لا يتوافر المتنفس الطبيعي. وهناك أمر آخر جدير بالعناية والتعاطف، وهو أن كثيراً من المراهقين يعانون من الشكوك حول حقيقة هويتهم الجنسية وما إذا كانوا جنسيين مثليين *(Homosexual)* أم جنسيين غيريين *(Hetrosexual)* . وفي العادة يساعد العلاج النفسي المناسب في حل هذه المعضلة.

وربما تكون التجربة الجنسية الأولى للأولاد ذوي النمو الجنسي الطبيعي قد حدثت من خلال ممارسة الجنس مع أشخاص يكبرونهم سناً ويعانون من الجنسية المثلية. ونتيجة لذلك يتساوى عند أولئك الأولاد الجنسية المثلية، والجنسية الغيرية أو يصبحون جنسيين مثليين بشكل ثانوي.

---

(٦) يعني المؤلف بالقانون هنا القانون البريطاني (المترجم).

وقد يكون الجنسيون المثليون في الأصل من متحولي الجنس (الجنسية المتخالطة) *(Transsexual)*، كما ربما يصابون بالفيتشية[٧] *(Fetishism)* بوصفها عرضا ثانويا.

وفيما يلي بعض التفصيل حول هذه الانحرافات الجنسية.

الفيتشية *(Fetishism)*

وينظر إليها على أنها انحراف جنسي. وهي تلك الحالة التي يكون فيها الشخص غير قادر على الوصول إلى هزّة الجماع إلا بعد استثارته بأجسام جامدة (لا حياة فيها)، مثل الأحذية أو معاطف المطر المطاطية السوداء، أو أي بدلة غريبة. كما أن الرجل الذي يعاني من هذا الانحراف يتكون عنده الارتباط الشرطي[٨] بتلك الأجسام الجامدة. ويعزو بعضهم وجود طائفة من الفيتشيين الذين تستثيرهم الأجسام المطاطية إلى أن التجربة الجنسية الأولى لكثير من الرجال تم فيها استخدام عوازل مطاطية[٩].

السادية والمازوخية (الماسوشية) *(Sadism And Masochism)*

وهما مبالغة مرضية في العلاقة الجنسية، كما يعدان انحرافين جنسيين خطيرين، لأنهما يشملان الاستمتاع بالألم والأذى (كما في المازوخية)، أو

---

(٧) الفيتشية هي التعلق الجنسي المرضي الشديد بأشياء لها علاقة بالجنس يحصل فيها الفرد إلى الإشباع الجنسي عن طريق الاحتكاك بموضوع حب معين قد يكون جزءا من الجسم أو قطعة من الملابس (المترجم).

(٨) أي يشترط لاستثارته وجود تلك الأجسام (المترجم).

(٩) وهي العوازل الطبية التي يستخدمها الرجال أثناء الجماع منعا للحمل، أو انتقال العدوى (المترجم).

بإحداث الألم والأذى (كما في السادية)، بوصفهما تمهيدا جنسيا للوصول إلى هزة الجماع. ومن الحكمة دائما تحويل أولئك المرضى الذين يطلبون المساعدة إلى الطبيب النفساني.

انحراف الملبس (*Transvestism*)

وكثيرا ما يسمى بارتداء الزي المخالف. وهو يشير فقط إلى الدافع الذي يوجد عادة عند الذكر لارتداء زي الأنثى، إما كوسيلة للحصول على المتعة الجنسية، أو مجرد ميل عند الرجل يمارسه قبل الجماع الطبيعي (الغيري). وليس هذا الانحراف - كما يعتقد خطأ - سلوكا جنسيا مثليا.

وفي الواقع إن بعض الرجال ذوو الشهوة الجنسية المفرطة يستثارون عن طريق ارتداء الملابس الداخلية للمرأة، دون أن يكون هناك اتصال مباشر بالمرأة.

ومن الصعب القول إن هذه الحالة تستدعي العلاج أم لا. ولعل شعور الشخص المصاب بهذا الانحراف، أو شعور شريكه في الجنس بالضيق وعدم الرضا أهم مقياس للحاجة إلى العلاج.

الجنسية المتخالطة (*Trans - sexualism*)

وتعني الرغبة في تغيير الجنس، وهي مختلفة تماما عن انحراف الملبس، وتوجد بشكل رئيس عند الرجال الذين يرغبون في التحول إلى إناث. وقد كان يعتقد أن هذه الرغبة تنشأ مبكرا بسبب تعرض مخ الجنين الذكر في رحم أمه لمعدلات غير ملائمة من هرمون الأدرينالين، أو غيره من الهرمونات الموجودة في بدن الأم.

وحتى مع التركيبة الجينية الذكرية للفرد، فإن الاستجابات الاجتماعية وحتى الهرمونية ربما تكون ذات طابع أنثوي. كما أن المريض ربما يظهر القناعة بذلك مثل أن يقول: "منذ طفولتي المبكرة كنت أشعر بأنني امرأة مسجونة في جسد رجل". وتوجد هذه الجنسية المثلية الأولية، أيضا، في النساء اللائي يرغبن في تركيب عضو ذكري بلاستيكي، مع أنها نادرة جدا. وغالبا ما يكون ذوو الجنسية المتخالطة مصممين جدا على إجراء جراحة شاملة تشمل بتر القضيب، واستحداث مهبل صناعي، وزرع الثديين أو تضخيمهما وخلافه.

وقد حقق الطب النفسي نجاحا بسيطا في إقناع أولئك الأفراد بتغيير مواقفهم واتجاهاتهم، كما وجد أن الفينوثيزينات *(Phenothiazines)* ذات فائدة في علاج بعض الحالات.

ويسعى ذو الجنسية المتخالطة للوصول إلى هدفه (تغيير جنسه) بشتى الوسائل ما أمكنه، وقد يتخذ بعضهم التهديد بالانتحار وسيلة للإقناع.

وتفترض الخبرة المحدودة في هذا المجال أنه غالبا ما تخفي الجنسية المتخالطة وراءها مشكلات عميقة في الشخصية، ربما تصل إلى درجة خطيرة من اضطراب الشخصية.

إن تقرير مدى أخلاقية عملية تغيير الجنس الجراحية هي محط نظر وتساؤل بدرجة كبيرة في نظري.

الاغتصاب *(Rape)*

لقد قيل كثير عن النزعة السادية عند الرجل، وعن النزعة المازوخية عند المرأة، إذ يزعم بعضهم أنهما أساسيتان للانفعال الجنسي الحقيقي. ومما لاشك فيه

أن هذه النزعة ربما تتعدّى الحد المعقول عند الرجل، فتؤدي إلى تهجمه واعتدائه على المرأة.

وربما تكون الأسباب هرمونية المنشأ، ويمكن علاجها بعقار السيبروتيرون *(Cyproterone)*، أو أسبابا نفسية كعقدة النقص التي تجعل الرجل غير قادر على ممارسة الجنس مع المرأة إلا بعد انشحان الدافع الجنسي عنده بدرجة كبيرة، مما يقوده إلى تفريغ طاقته تلك بطريقة مرضية تتمثل في سلوك سادي عنيف.

ويعد علاج هذه الحالات صعبا ومثيرا للجدل، ويتراوح بين المطالبة بإجراءات تأديبية عن طريق الحبس أو الإخصاء *(Castration)* و الضغط على الجمعيات التي تعنى بعمل العاهرات لتؤدي دورها العلاجي[٩]. ولعل العلاج المناسب يكون في تحديد أسباب هذا السلوك الذي يعد في المقام الأول اعتداء أو عدوانا على حرية شخص آخر.

وحين يبصر المريض بذلك، ويدرك حقيقة المساواة بين الأفراد، فإن علاج الاضطرابات الهرمونية واضطرابات الشخصية يكون ناجحا بصفة دائمة[١٠].

قراءات إضافية

Berne, E. (1986). *Sex in Human Loving*. Penguin, London.
Kaplan, H. (1974). *Sex therapy*, Ball ℵ re. Tindall, London.
Parker, T. (1970). *The twisting Lane*, Panther, London.
Sevely, J.L. (1987). *Eve's Secrets*. Bioomsbury, London.
Storr, A. (1972). *Sexual Deviation*. Pelican, London.
West, D.J. (1972). *Homosexuality*. Pelican, London..

(٩) لا أظن أن الشفاء في ما حرم الله (المترجم).

(١٠) ليس بالضرورة أن ينجح العلاج على الدوام (المترجم).

الفصل الثامن

الإعاقـــة العقليـــة

Mental Handicap

مقدمـــة

يخلط العامة في أغلب الأحيان بين المرض العقلي والإعاقة العقلية، نتيجة للتغيرات العديدة التي طرأت حول استخدام بعض المصطلحات. ومن المهم أن نحرص على استعمال المصطلحات الحديثة، إذ يجد ذوو الإعاقة العقلية (وكذلك أهلوهم والمسؤولون عنهم)، بعض الحساسية أحياناً من تلك العبارات والمصطلحات، التي استخدمت لوصفهم سابقاً.

وتُعد الصعوبة في التعلم - أي نقص الذكاء - هي العجز الكامن وراء الإعاقة العقلية. ويستخدم مصطلح الإعاقة العقلية فقط لتلك الإعاقات التي تم تحديدها خلال مرحلة النمو، أي قبل سن الانتهاء من المدرسة[1]. ويُنظر إلى ضعف التكيف الاجتماعي الناتج عن ضعف القدرات الفكرية، والذي ينشأ خلال مراحل نمو الفرد، على أنه الصفة الأساسية للإعاقة العقلية. وبالمقابل فإن الصفات الأساسية للمرض العقلي هي:

(١)هو سن السادسة عشرة في بريطانيا (المترجم).

١ - أنه مرض مكتسب، ويمكن تعريفه على أنه تغير في القدرات الوظيفية.

٢ - يشمل هذا التغير ضعفاً في القدرات النفسية، (لأن التغير ليس بالضرورة في القدرات الفكرية).

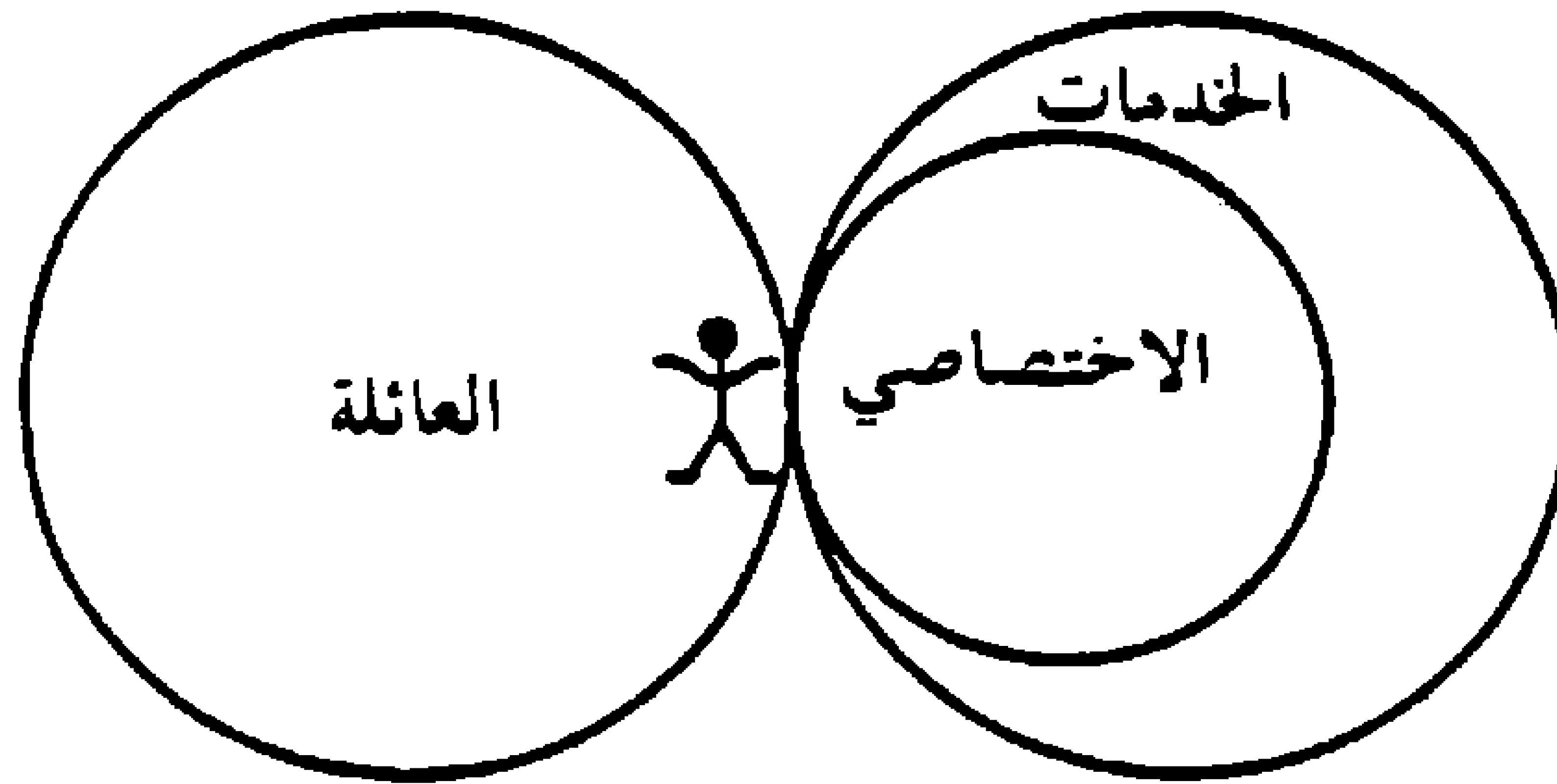
٣ - تتشكل هذه التغيرات في نمط مميّز، أو في متلازمة من متلازمات الأمراض العقلية.

وحينما يبدأ الضعف في القدرات الفكرية بعد سن الانتهاء من المدرسة، فإنه حينذاك يُعد مرضاً عقلياً (خرف)، وليس إعاقة عقلية. وأي مرض - بما في ذلك المرض العقلي - ينشأ قبل سن الانتهاء من المدرسة، ويؤدي إلى ضعف دائم في القدرات الفكرية ربما كان سبباً في الإعاقة العقلية.

مـن المعـاق؟

بما أنه تم تعريف الإعاقة من الناحية الاجتماعية فمن المهم أن نعرف أن أي مستوى من العجز يكون مصحوباً بمدى واسع من التكيف الاجتماعي. فالشخص الذي يعاني صعوبة بسيطة في التعلم ربما حصل على وظيفة، وتزوج. وربّى أطفاله ولم يحتج إلى أي دعم أو مساعدة في تهيئة إقامة مناسبة له. وما كان ذلك الفرق إلا بسبب البيئة الاجتماعية وأثرها في التعليم وبناء الشخصية.

ويوضح شكل رقم (٦) شخصاً داخل محيط عائلته وعلى اتصال بالخدمات العامة والخاصة، وكل ذلك داخل إطار المجتمع. وفيما يلي مظاهر الإعاقة لكل فئة من تلك الفئات.



شكل رقم (٦)

للشخــص

١ - الإعاقة الأولية (الأساسية): وتشمل ضعف تعلم المهارات المطلوبة للحياة بدون اعتماد على الآخرين، وضعف مهارات التواصل، وضعف المهارات الاجتماعية، واستراتيجيات التكيف مع الضغوط بما في ذلك الأمراض.

٢ - الإعاقة الثانوية: وتشمل انعدام مشاركة المعاق في الأدوار الاجتماعية الإيجابية، والذي يؤدي إلى انعدام إحساسه بذاته أو نقصه، وانحسار علاقاته الاجتماعية وضعف ثقته بنفسه، وعدم إنجازه لواجباته الحياتية على الوجه المطلوب وكذلك الشعور بالخيبة والإحباط.

٣ - الإعاقة من الدرجة الثالثة (بمعنى التفاعل مع مواقف الآخرين): وتشمل الإذعان والقابلية للإيحاء، والخجل الزائد، وكذلك بعض السلوك غير المناسب سواء لعمر الفرد أو للمحيط الاجتماعي من حوله.

للعائلــة

١ - استجابات نفسية: وتشمل ردود الفعل الانفعالية المباشرة (مثل ردة الفعل لفقدان عزيز)، وردود الفعل الطويلة المدى أو الاستجابات الملائمة وغير

الملائمة في مواجهة المشكلات. ومن النادر وجود استجابات نفسية مفرطة، مثل رفض الإعاقة التي تعد من الناحية النفسية مؤلمة جداً أو إنكارها.

٢ - آثار اجتماعية: وتشمل التكلفة المادية، وعدم توافر الوقت الكافي للاعتناء بالمعاق، واحتمالية اعتماد المعاق على عائلته بشكل دائم، وانعدام الفرص الوظيفية للمعاق، وزيادة وقت الفراغ وضعف العلاقات الشخصية في حياة المعاق. إن إدراك وجود إعاقة يمثل أزمة للحياة الزوجية، إذ ترتفع نسبة الطلاق في سنوات الزواج الأولى؛ لكنها تقل فيما بعد.

٣ - التأثير في الصحة: من المدهش أنه بسيط التأثير.

للخدمات الخاصة

إن العمل في مراكز خدمة الإعاقة العقلية أمر مجهد في بعض الأحيان. إضافة لتدني مكانته الاجتماعية، وذلك بسبب الميزانيات المنخفضة التي ترصد لتلك المراكز. وكذلك التدريب المتواضع للعاملين فيها. إضافة لما يحدث من أمور تكره من يعمل فيها على هجرانها، مما يؤدي إلى تكرار تغير الطاقم المعالج، وبالتالي عدم القدرة على إيجاد كادر علاجي متميز. ويبدو أن هذه الأمور حدثت بسبب العرف التقليدي الدارج بأن الخدمات النفسية يجب أن تعزل عن غيرها من الخدمات التي تقدم لبقية الناس، حتى لو كانت الخدمة ذاتها، كما هو الحال في المدارس، فلا مجال للمقارنة بين المدارس العامة وبين المدارس الخاصة بذوي الإعاقة العقلية إذ تتميز المدارس العامة بمستوى البناء والتجهيز وكفاءة العاملين فيها.

للخدمـات العامـة

لا يمثل ذوو الإعاقة العقلية سوى نسبة ضئيلة ممن يستفيدون من أي خدمة عامة، كالخدمة الصحية على سبيل المثال. ولاعتبار هذه الفئة في الحسبان، فإننا نحتاج إلى بذل مجهود أكبر نظراً لاحتياجاتهم الفردية، فمثلا لا يمكن لبعضهم أن ينتظر مدة طويلة، ولذلك يجب أن ترتب مواعيده في المستشفى، كي تتم مقابلته للطبيب قبل غيره من المرضى. إضافة إلى ذلك فإن صعوبة التفاهم مع هذا النوع من المرضى ربما يثبط الهمة ويجعل من غير المنطقي بذل كل ذلك المجهود مع تلك الفئة من الناس.

للمجتمـع

يضع المجتمع اعتباراً كبيراً لمهارات الشخص، ومدى اطلاعه وإدراكه ودرجة التزامه بالأعراف الاجتماعية، وتحقيقه وتوافقه مع دوره في الحياة تجاه والديه وأصدقائه ومن يعمل عنده وغيرهم. ولذلك فإن من تنقصهم هذه الصفات - كالمعاقين عقلياً - ينظر إليهم باحتقار وبأنهم شاذون، وتصبح الأسماء التي تطلق عليهم محطاً للسخرية، ويتكرر كذلك وصفهم في الكاريكاتيرات الساخرة. إضافة إلى ذلك فإن أولئك الأشخاص يكونون عرضة للاستغلال والحرمان والقسوة عليهم، وارتكاب الجرائم بحقهم.

المصطلحات

في وقت مضى لم يكن هناك فرق واضح بين الإعاقة العقلية والمرض العقلي، لكن مع مرور الوقت تم التمييز بينهما. ولقد استخدمت بعض المصطلحات مثل الأبله *(Idiot)* والمعتوه *(Imbecile)* والمأفون *(Moron)* بشكل واسع

(على سبيل المثال استخدمها شكسبير في رواياته). لكن فيما بعد أعطيت تلك المصطلحات تعريفات خاصة[٢]، وذلك في قانون ١٩١٧م للتخلف العقلي، ثم ألغيت من اللغة العلمية مرة أخرى، وذلك من خلال قانون ١٩٥٩م للصحة العقلية في بريطانيا إذ استبدل مصطلح القدرة العقلية دون السوية بها *(Mental subnormality)* وهذا المصطلح يطلق على أولئك الأفراد الذين يكون أداؤهم في اختبارات الذكاء أقل من المتوسط بانحرافين معياريين، لكنه مع ذلك لا يستخدم بهذه الدقة إضافة إلى أنه غير شائع الاستخدام، لأنه يوحي ضمناً بمعنى الدونية.

ولقد ألغي استخدام هذا المصطلح حسب قانون ١٩٨٣م للصحة العقلية وتم استبدال مصطلح الضعف العقلي *(Mental impairment)* به. ولهذا المصطلح تعريف قانوني. كما أنه يشير إلى مجموعة محدودة من الناس يعانون إعاقة عقلية، ولذلك فهو يختلف عن مصطلح القدرة العقلية دون السوية، فلا يمكن أن يستخدم أحد المصطلحين للإشارة إلى المصطلح الآخر.

ويعرّف الضعف العقلي بأنه: تلك الحالة التي توقّف أو لم يكتمل فيها نمو العقل. والتي تشمل ضعفاً واضحاً في الذكاء والمهارات الاجتماعية مع سلوك عدواني شاذ غير مسؤول.

أما المصطلح الأكثر تداولا في الأقطار الأخرى عبر منظمة الصحة العالمية. وكذلك في المجلات العلمية فهو *التخلف العقلي* *(Mental retardation)*.

---

(٢) حيث يطلق الأبله على من تكون قدراته العقلية (العمر العقلي) مماثلة لقدرات طفل عمره أقل من ٣ سنوات (العمر الزمني)، ويطلق مصطلح المعتوه على من يكون عمره العقلي مماثل لقدرات طفل يتراوح عمره بين ٣ - ٧ سنوات، ويطلق مصطلح المأفون على من يكون عمره العقلي مماثلا لقدرات طفل في الثامنة من عمره (المترجم).

وهذا المصطلح غير شائع بين الناس في بريطانيا حيث يفضلـون في الوقـت الحـاضر استخدام مصطلـح "الإعاقـة العقليـة" *(Mental handicap)* [٣]. ولقـد تم تغيـير هـذه المصطلحات بصفة متكـررة سعياً في إبعـاد مـا مـن شأنـه أن يوحـي بـالنقص عنـد وصف تلك الفئة من الناس.

ولكن - في الحقيقة - فإنه كلما ابتعدنا في اختيارنا للمصطلـح المناسـب عـن اللغة الدارجة ازداد الازدراء لتلـك الفئـة. فمثـلاً عنـد وصفـك لطفـل بأنـه مصـاب بتشنـج عضلـي، فـإن هـذه الكلمـة أسـوأ في عـرف محيـط المدرسـة مـن وصفـك لـه بالجنون. كمـا يجـب الابتعـاد عـن استخدام المصطلحـات التقنيـة عنـد الحديـث مـع عائلات أولئك المرضى، لأنهم يشعرون بالاسـتياء والنقـص عنـد سماعـها. ويُعـد وصـف المريـض ببطء التعلـم أو بالتـأخر عـن أقرانـه وصفـاً يسـبب أقـل قـدر مـن الاستياء.

ولا توجد هناك فائدة مـن استخدام مصطلـح عـام لوصـف الذيـن يعـانون إعاقات عقلية، فتنوع تلك الإعاقات واختلاف أفرادها بعضـهم عـن بعـض يُعـد أمراً شائعاً. ولذلك يفضّل وصف الأشخاص تبعاً لأحوالهم التي يعيشونها، ففي المدرسة يُدعى طالباً، وفي العائلة بحسب قرابته وفي عيادة الطبيب مريضاً وهكذا.

تقييـــم المريـــض

ليس من المناسب جمع تاريخ المرض عند تقييم الإعاقات المستديمة بالطريقـة المعتادة عند جمع تاريخ أي مرض آخر. وحينما يشكو الشخـص المعـاق عقليـاً إلى

---

(٣) والذي استبدل به أيضاً في السنوات الأخيرة مصطلح جديد هو (عدم القدرة على التعلم) (Learning disability) (المترجم).

طبيبه مرضاً ما، فإن تفاصيل ذلك المرض يجب أن تسجّل أولاً معتبرة، أيضاً، مستوى إنتاجية ذلك الفرد وشخصيته قبل المرض. إضافة إلى ذلك فإنه يجب تقديم وصف كامل لحياة المريض اليومية ابتداءً من استيقاظه صباحاً وانتهاء بعودته إلى فراشه مساء شاملة لكل التفاصيل الدقيقة، كاغتساله واختيار ملابسه وذهابه إلى عمله، وكيف يقضي وقت فراغه؟ وكيف يستعد ليأوي إلى فراشه؟

كما يجب على الفاحص ألا يبحث عن ما اعتاد المريض أن يفعله، بل يجب عليه أن يبحث عن ما يستطيع المريض أن يفعله إذا تم دعمه وتشجيعه.

وهناك العديد من الطرق المعيارية لتقييم قدرات المريض. فاختبارات الذكاء مثل مقياس "وكسلر" لذكاء البالغين له استخدامات محددة، تشمل دراسة ذكاء أفراد المجتمع، وتقييم وظائف عقلية معينة، وتحديد ارتباط إعاقة الفرد بالضعف العقلي، إضافة إلى أهميته في تقييم الاضطرابات التي تنشأ عند البالغين من حيث احتمال استقرار ذلك الفرد أو تدهوره.

ولا تستطيع اختبارات الذكاء أن تجيب عن بعض التساؤلات مثل: ماذا يمكن لهذا الشخص أن يقدم لنفسه؟ وما مقدار المساعدة التي يحتاجها؟ وما المهارات التي يمكنه تعلمها؟.

ويتوافر الآن العديد من المقاييس مثل مقياس سلوك التكيف الأمريكي ومقياس طرق اللااعتمادية. ويجب أن يطبق هذه المقاييس المتخصصة أشخاص مدربون، والذين يكونون في العادة اختصاصيين نفسيين، مع أنه لا يلزم الحصول على تدريب معين من أجل تطبيق مقياس طرق اللااعتمادية (الاستقلالية). ومن الأفضل أن يحصل الفاحص على نسخة من مقياس سلوك التكيف المستخدم في خدمات الإعاقة العقلية في مجتمعه.

ويرفض بعض الاختصاصيين النفسيين استخدام اختبارات الذكاء، نظراً لأنه أسيء استخدامها في السابق. وفي الحقيقة فإنه يجب النظر إلى مقياس وكسلر لذكاء الكبار على أنه أداة دقيقة لقياس الذكاء.



شكل رقم (٧)

وتعد مهمة الطبيب الرئيسة هي الحصول على تاريخ المرض، لكن تكمن مشكلة الطبيب في كيفية التواصل مع مريضه المعاق عقليًا. ويمكن أن تنشأ الصعوبات في إحدى الدوائر الموضحة في شكل (٧)، والتي تشمل التالي:

١ - القدرات المعرفية: قد لا يملك الفرد القدرة على التواصل مع الآخرين، ولا يستطيع أن يشكل أفكاره التي يرغب في تبليغها للآخرين، بل ربما لا يملك مفهوماً واضحاً ودقيقاً لمعنى الوقت.

٢ - القدرة اللغوية: قد لا يملك الفرد مفردات كافية للتعبير عن شكواه، كما أنه في بعض الأحيان لا يمكنه أن يستخدم الكلمة بمعناها المناسب، ويصعب عليه، أيضاً، بناء الجُمل ونطقها بالشكل الصحيح. وقد لا يستطيع الفرد أن يتواصل بنظره مع الآخرين، أو أن يستجيب لأسئلتهم بطريقة مناسبة.

٣ - القدرة على الكلام: ربما وجد المريض صعوبة في ضبط نغمة صوته، أو نطق بعض الأحرف، أو ترنيم كلامه وتنسيقه، أو ضبط سرعته وكمية محتواه.

٤ - الاستماع: ربما كان من الصعب على المريض أن يحافظ على تركيزه خلال فترة المقابلة.

٥ - الفهم: ربما لا يفهم المريض مفردات حديث الطبيب، ولا يدرك معنى المفاهيم المركبة، مثل معنى كلمة المزاج، أو الجمل المعقدة التي يقولها الطبيب.

٦ - سياق الكلام: قد لا يفهم المريض ما الغرض من المقابلة؟ وما دور الطبيب؟ وما مدى أهمية السرية في المقابلة؟، كما أن هناك بعض المهارات الاجتماعية اللازم توافرها لدى المريض عند استشارة الطبيب، مثل كيفية تحديد موعد مع الطبيب.

إضافة إلى ذلك، فإن الضعف الحسي والحركي شائع عند المعاقين، ولذلك يجب دائماً أن نتأكد: هل يستخدم المريض سماعات في أذنيه (وهل هي تعمل أم لا)؟. كما يجب على الطبيب أن يجلس في وضع يستطيع فيه المريض أن يرى وجه الطبيب، ويتبيّن حركة شفتيه. وللتعامل مع هذه الصعوبات، فإننا نحتاج إلى التطبيق المنظّم لمهارات المقابلة المعتادة، و تشمل:

١ - تقييم قدرة المريض على التواصل مع من حوله، فالدقائق الأولى من المقابلة الطبية ليست فقط لبناء علاقة وئام مع المريض، بل أيضاً لتقييم قدرته على التواصل. ومهما بلغت شدة الإعاقة العقلية عند المريض، فإنه على الأقل سيكون قادراً على معرفة اسمه. ومع الممارسة يصبح الفاحص قادراً على إدراك مدى فهم كل مريض، وما يناسب ذلك المستوى من الفهم من أسئلة.

٢ - كن منظما، فإذا كانت هنـاك مشكلـة في التواصـل، فابحث أيـن تكمـن المشكلة؟ وكيف يمكنك مقابلة هذا المريض؟ فمثلا لـو أن أجنبيـا تعلـم اللغـة الإنجليزية في المدرسة، فربما عانى فقط قلة مصطلحاته. ولذلك فإننـا نستخدم معه الإشارة والكلمات التي نتوقع أنه يدركها ونتحدث معه ببطء وبوضوح. وربما استعنا بمترجم. ولذلك يجب على الطبيب أن يتبين وجود أي نقص محدد في قدرة التواصل عند مريضه.

٣ - هنـاك ثلاث طرق أخرى يمكن استخدامها طرفا ثالثا مساعدا أثناء مقابلة المريض. فقد نحتاج إلى شخص يعطينا معلومات إضافيـة تفصيلية عـن المريض بعد أن يخبرنا المريض بنفسه أولا عن شكواه، مما يساعدنا على تقييم قدرته على التعبير عن نفسه. كما قد نحتاج أحيانـا إلى مترجم يساعدنا على فهم لغة المريض، ويساعد المريض أيضا على فهم لغتنا.

وفي أحيان أخرى يمكن للمريض نفسه أن يعطي تفصيلا أكثر من سواه إذا تم تدريبه على ذلك. ولذلك يمكن أن نحدد أحد الأشخاص (وليكن مثلا ممرضا في مركز الإعاقة العقلية)، ليمارس دوره بصفته معلما للمريض. مثل أن يعلمه كيف يجعل له مذكرة يسجل فيها اضطرابات نومه؟.

٤ - راجع أسئلتك التي اعتدت طرحها على مرضاك، وحاول أن تجعل عبارات أسئلتك سهلة المفردات. واستمع، أيضا، إلى نفسك. ويفضل أن يكون ذلك من خلال تسجيل بعض المقابلات الواقعية مع مرضاك. وتذكر أن الصحفيين في الجرائد المتميزة يتقاضون أجورا مرتفعة بسبب مهارتهم في الحوار[٤] مع الآخرين فاحرص على تعلم طريقتهم.

---

(٤) للمزيد حول فن الحوار راجع كتاب (كيف تحاور؟) تأليف مترجم هذا الكتاب (المترجم).

٥ - حاول أن تقابل مريضك مقابلات قصيرة متعددة بدلا من مقابلة واحدة طويلة، لأن عدم اعتياد المريض على مقابلتك واستغرابه للمكان، يجعل من الصعب عليه فهم محتويات المقابلة، كما أن المقابلات المتكررة تعطي الطبيب فرصة أكبر لتدوين أكبر قدر ممكن من الملاحظات. وتذكر أن الإرهاق يضعف مستوى التواصل بين الطبيب والمريض.

٦ - حاول أن تستفيد من أي مصادر أخرى يمكن أن تقدم معلومات إضافية عن المريض، مثل السجلات المدرسية، والسجلات الطبية المدرسية، وكذلك سجلات الخدمة الاجتماعية.

اضطرابات النمو الأخرى

تستخدم بعض المصطلحات مكان بعضها الآخر مثل "صعوبة التعلم" و "الضعف الفكري" و"الإعاقة العقلية". ويمكن أن تحدث صعوبة التعلم التي تؤدي إلى حدوث الإعاقة عند البالغين بسبب العديد من اضطرابات النمو مثل:

١ - صعوبات التعلم المحددة، مثل حبسة الكلام *(Aphasia)*.

٢ - مرض التوحد *(Autism)* (والحالات المرتبطة به).

٣ - متلازمة فرط الحركة.

٤ - اضطرابات الشخصية.

ومن المهم أن نتعرف على هذه الاضطرابات في أبكر وقت ممكن من أجل اختيار وسيلة التعلم المناسبة. وعلى سبيل المثال، فإن أولئك الذين يعانون من حبسة الكلام، يمكن أن يستفيدوا من برامج التعليم التي تركز على تعليم اللغة مثل تدريبهم على لغة الإشارة. في حين أن مرضى التوحد لا يفضل أن تكون مكافآتهم التشجيعية أثناء التعلم ذات معنى اجتماعي[٥].

(٥) نظرا للتأثر البالغ في القدرات والمهارات الاجتماعية لدى مريض التوحد، فلا يستطيع أن يدرك ولا يهتم بأي أمر له معنى اجتماعي (المترجم).

ويعد التوحد مرضا نادرا (حوالي ٤ في كل ١٠٠٠٠). ويتصف مريض التوحد بضعف التواصل الاجتماعي، وضعف القدرة اللغوية، والاستجابات الشاذة للبيئة من حوله (خصوصا البيئة الاجتماعية)، وضعف القدرة على التخيل. وتتمثل الاستجابات الشاذة في مقاومة المريض لأي تغير، والارتباط الشديد بما اعتاد عليه من أجسام جامدة، كالعرائس واللعب وغيرها. وتتأثر القدرات الاجتماعية لدى مريض التوحد لكن بعض القدرات الأخرى قد لا تتأثر أحيانا، مثل فهم المسائل الحسابية والموسيقى والرسم، بل إن نسبة قليلة منهم ربما أظهرت شيئا من التفوق في بعض تلك القدرات. ويحدث الصرع عند ثلث المراهقين الذين يعانون التوحد.

أما متلازمة فرط الحركة فهي أيضا نادرة الحدوث، ويتصف المريض بضعف الانتباه والاندفاعية والزيادة المضطربة في النشاط. وفي الغالب يكون فرط الحركة واضحا في فترة الطفولة، ولكنه أحيانا ينقلب إلى نقص في الحركة بعد البلوغ. أما ضعف الانتباه وعدم القدرة على التركيز، فإنهما يستمران، ولذلك يدعى هذا الاضطراب أحيانا اضطراب نقص الانتباه.

ويصاحب عادة كلا من هذين الاضطرابين (التوحد وفرط الحركة) ضعف فكري، كما يحدثان في الغالب عند الذكور، وقد تظهر فيهما أعراض تلف المخ، ويؤديان في الغالب إلى حدوث اضطرابات في السلوك. ولهذا السبب فإن الطبيب يقابل مثل هذه الاضطرابات أكثر من أي نوع آخر من الإعاقات العقلية.

كما تقوم خدمات الإعاقة العقلية بتوفير كافة الخدمات اللازمة لأولئك الأشخاص الذين يعانون هذه الاضطرابات.

وتعد اضطرابات الشخصية شائعة الحدوث، لكنها في أحيان قليلة فقط تكون سبباً أساسياً في الإعاقة العقلية. ومع أن التعليم يعتمد على مستوى العلاقة بين المعلم والطفل، فإن الأطفال الذين يعانون صعوبات شديدة في بناء العلاقات مع الآخرين، يمكنهم أن يتعلموا بدرجة كافية، كيف يعتنون بأمورهم ويضبطون أنفسهم، ليس من الناحية العملية فقط، بل ربما، أيضاً، من الناحية الانفعالية. وقد كان يعتقد في السابق أن اضطراب الشخصية جزء لا يتجزّأ من الإعاقة العقلية، بسبب شيوع تلك الاضطرابات عند الأشخاص الذين يعانون الضعف الفكري.

وهناك اضطرابات أخرى ربما كان لها ارتباط بالنمو (مثل اضطرابات الأكل، والاضطرابات الجنسية) لكنه من غير المحتمل أن تسبب صعوبات في التعلم، أو أن تؤدي إلى إعاقة عقلية.

انتشـــار المـــرض

هناك بعض الصعوبات في طرق قياس نسبة الإصابة بالإعاقة العقلية وهي:

١ - عدم وجود تعريف دقيق للإعاقة العقلية.

٢ - اعتماد التعريف على ظروف البيئة الاجتماعية.

٣ - عدم وجود حد فاصل في التعريف بين وجود الإعاقة وعدمها.

فعلى سبيل المثال تختلف نسبة انتشار المرض عند الاعتماد في قياسها على اختبارات الذكاء، مقارنة بالنسبة التي نجدها عند الاعتماد على مستوى كفاءة الفرد الاجتماعية، بل إن مستوى الكفاءة في المدرسة يختلف عنه عند مقابلة الطبيب.

وعمليا فإن أكثر الدراسات المعتبرة، تمت باستخدام اختبارات الذكاء لطلاب المرحلة الثانوية. وقد تم حساب درجات الذكاء بافتراض أن متوسط الذكاء هو ١٠٠ على منحنى التوزيع الطبيعي (منحنى غاوس)، وأن الانحراف المعياري هو ١٥. وحتى مع وجود حد فاصل حول درجة الذكاء ٧٠، فإن معظم من يحصلون على درجات تتراوح بين (٧٠ - ٨٥) يعدون معاقين عقليا، في حين أن من يحصلون على درجات أعلى لا يعدون كذلك. وإذا كان القياس دقيقا على منحنى غاوس فإن معدل وجود درجات ذكاء أقل من ٧٠ يجب أن يكون ٢,٥٪ .

وقد اختلفت الدراسات اختلافا كبيرا في تقييم ذلك الرقم، كما أن نسبة انتشار الإعاقة العقلية الشديدة (درجة الذكاء أقل من ٥٠) تختلف اختلافا كبيرا جدا بين بريطانيا وغيرها من الدول، وأيضا من وقت لآخر بنسب تتراوح بين ٠,٣٪ و٠,٤٪. وهذا يعني أن الطبيب الممارس ربما يقابل ثلاثة أطفال، وخمسة بالغين يعانون إعاقة عقلية شديدة بين كل ٢٠٠٠ مريض يعالجهم.

ويعد قياس نسبة الإصابة (الحالات الجديدة) *(Incidence)*، بالإعاقة العقلية أكثر صعوبة من قياس نسبة انتشارها في المجتمع (العدد الكلي للحالات) *(Prevalence)*. لأن العمر الذي تكتشف فيه الإعاقة يختلف من شخص لآخر. ولقد تم إجراء بعض الدراسات على متلازمة داون (الطفل امنغولي)، نظرا لإمكانية تمييزه عند الولادة، ولأنه دائما يسبب إعاقة عقلية شديدة[٦].

ولقد انخفضت نسبة الإصابة بهذا المرض، لأن قلة من النساء يلدن بعد منتصف العقد الرابع من العمر. وقد كانت النسبة في بريطانيا في نهاية السبعينات من

---

(٦) في حالات نادرة تكون الإعاقة بسيطة. أما في الغالب فتتراوح درجة الإعاقة بين متوسطة الشدة والشديدة (المترجم).

هذا القرن الميلادي تتراوح بين ٠.٦٥ و١.٠٦ في كل ١٠٠٠ مولود حي. ومع تطور التقنية الطبية الحديثة، فإن عدد المصابين سيتزايد حتى مع تناقص عدد المواليد المصابين بمتلازمة "داون" وذلك بسبب العناية الطبية الجيدة في العصر الحديث.

أسباب المـــرض

هناك عدد كبير جدا من المتلازمات التي يمكن أن تسبب إعاقة عقلية، ولا يرى الأطباء النفسانيون - حتى مع تخصصهم في علاج الإعاقة العقلية - سوى نسبة بسيطة من تلك المتلازمات. وما نحتاجه هو إيجاد طريقة مناسبة لبحث أسباب الإعاقة عند كل مريض نقابله. ولذلك يجب تعلم تفاصيل أعراض المتلازمات الطبية المعروفة ودقائقها ذات الأهمية في حدوث الإعاقة، والتي تشمل: متلازمة داون، ومتلازمة كروموسوم (×) الهش *(Fragile X syndrome)*، وبيلة الفينيل كيتون[(٧)] *(Phenylketonuria)* ونقص إفراز هرمونات الغدة الدرقية وغيرها.

وتختلف نسب حدوث الأسباب الأخرى (مثل نقص التغذية والإصابة أثناء الولادة) من دولة إلى أخرى، كما أن الأرقام المذكورة في هذا الفصل مستقاة من الدراسات التي أجريت في أوربا الغربية.

ويجب الحذر من قبول الخرافات المنتشرة عن أسباب الإعاقة العقلية مثل اعتقاد بعضهم بحدوث إصابة عند الولادة، أو أن الإعاقة نتجت من جراء استخدام التطعيم.

---

(٧) يحدث هذا المرض بسبب خلل وراثي في تأيض بعض الأحماض الأمينية الأساسية. وتتمثل أعراضه في وجود تخلف عقلي (من النوع الشديد في أغلب الحالات) ونوبات صرع وقيء واضطراب في السلوك وزيادة مفرطة في النشاط، إضافة إلى ضعف قدرات التواصل اللفظية وغير اللفظية مع الآخرين (المترجم).

فمن النادر جدا إصابة الرأس عند الولادة. كما لا يزال الاعتقاد بدور اللقاح المضاد للسعال الديكي في حدوث التهاب الدماغ محط خلاف ونظر.

وتصنف عادة أسباب الإعاقة العقلية طبقا للوقت الذي تؤثر فيه إلى:

١ - قبل الولادة. ٢ - حول وأثناء وقت الولادة.

٣ - بعد الولادة. ٤ - مجهولة الوقت.

ويوضح الجدول رقم (٢). نسب حدوث كل نوع من أنواع الإعاقة كما جاء في دراسة حديثة أجريت في السويد:

الجدول رقم (٢) : نسب حدوث أنواع الإعاقة.

الوقـــت	نسبة انتشار الإعاقة العقلية الشديدة	نسبة انتشار الإعاقة العقلية البسيطة
قبل الولادة	٥٥	٢٣
حول وأثناء وقت الولادة	١٥	١٨
بعد الولادة	١١	٢
مجهولة الوقت	١٨	٥٥

وبينت هذه الدراسة، أيضا، أن ٢٩٪ من حالات الإعاقة الشديدة، حدثت بسبب اضطرابات في الكروموسومات، والتي كان أكثرها شيوعا وجود كروموسوم إضافي على الزوج الكروموسومي الحادي والعشرين (متلازمة داون). ويمثل الخلل الجيني الفردي ٥٪ من حالات الإعاقة الشديدة.

وتشمل الاضطرابات التي تحدث قبل الولادة (أثناء الحمل)، تلك المتلازمة التي تظهر عند المولود، بسبب تعاطي الأم للكحول (المتلازمة الجنينية الكحولية) (تمثل ٨٪ من حالات الإعاقة البسيطة، وصفرا بالمائة من حالات

الإعاقة الشديدة، حسب هذه الدراسة)، وأشعة إكس التشخيصية، والأمراض المعدية (مثل الحصبة الألمانية *(Rubella)*، والهربس والزهري وداء المقوسات[٨] *(Toxoplasmosis)* والحمة المضخمة للخلايا[٩] *(Cytomegalo Virus)*)، والأدوية (خصوصا مضادات الصرع)، وكذلك إصابة الأم بمتلازمة بيلة الفينيل كيتون *(Phenylketonuria)*.

وتتداخل الاضطرابات التي تحدث قبل الولادة مع تلك التي تحدث حول وأثناء وقت الولادة، وتكون غالبا بسبب عدم كفاءة المشيمة، أو نقص ورود الأكسجين إلى الطفل واختناقه. وعندما يولد طفل صغير الحجم بالنسبة لعمره، فإنه ربما يكون من الصعب تحديد متى حدث سبب ذلك الخلل أثناء الحمل.

أما الاضطرابات التي تحدث بعد الولادة فهي تشمل جميع الأمراض التي تؤثر في المخ أثناء فترة الطفولة وهي: إصابات الرأس (سواء متعمدة أو غير متعمدة)، السموم (العقاقير والمعادن الثقيلة)، والاضطرابات الأيضية (مثل ارتفاع مستوى الصوديوم في الدم بسبب الخطأ في إعداد الحليب للطفل)، والأمراض المعدية (التهابات السحايا والتهاب الدماغ) وسوء التغذية.

الإعاقة العقلية والصحة العامة

يعد المعاقون عقليا - من أي فئة عمرية كانت - أكثر عرضة من غيرهم للإصابة بالأمراض وقصر مدى الحياة. ولكن في الثلاثين سنة الأخيرة أخذ مدى

---

(٨) نوع من الأمراض التي تنتقل بالعدوى ويحدث بسبب ميكروب أولي (المترجم).

(٩) نوع من الأمراض التي تنتقل بالعدوى، و يحدث بسبب فيروس (المترجم).

الحياة في التزايد لدى أولئك الأفراد. ومـن الواضـح أن السبب الرئيس وراء ذلـك هو تغير الأحوال البيئية والاجتماعية التي يحياها أولئك الأفراد.

وهنـاك بعـض المشكـلات الصحيةِ التي ترتبـط بشكـل خـاص مـع بعـض أسباب الإعاقة العقلية. كما أن هنـاك بعـض المشكـلات الصحية الأخـرى التـي لا ترتبط مع أي سبب للإعاقة، لكنهما يشتركان في سبب حدوثهما. وهناك، أيضا، مشكلات صحية يعد المعاقون عقليا أكثر قابلية مـن غيرهم للإصابة بـها. وإليـك بعض التفصيل حول هذه المشكلات الصحية.

١ - الأمراض ذات الارتباط الخاص بالإعاقة العقلية

نظرا لكثرة حالات الإعاقة، فإنه من غير الممكن ذكر جميع تلـك الحـالات التي ترتبط معها بمشكلات صحية. ويرتبط بمتلازمة داون حدوث عيوب خلقية في القلب، ونقص إفراز هرمونـات الغـدة الدرقيـة، والسـمنة، والمشكـلات المرتبطـة بإفراز المواد اللزجة (مثل تكـرر التـهابات الصـدر، حـب الشبـاب، تشمـع الأذن، الصمم) والحدوث المبكر للأمراض التي تحدث عادة في سن متأخرة (سرطان الدم المزمن ومرض ألزهايمر[١٠]).

٢ - الأمراض ذات الأسباب المشتركة مع الإعاقة العقلية

إن أي اضطراب يؤثر في وظيفة المخ في فـترة الطفولـة ربمـا يـؤدي إلى إعاقـة عقلية، وأن يحدث كذلك اختلالا آخر في وظيفـة المخ. وتتضـاعف نسـبة حـدوث الصرع عند ذوي الإعاقة العقلية الشديدة مـا بـين ١٠-٢٠ ضعفـا. ويرتبـط بشكـل

(١٠) راجع الفصل الرابع.

واضح كل من التوحد وفرط النشاط الحركي مع الضعف العقلي، وكذلك مع بعض العلامات العصبية الأخرى.

ويكثر حدوث الفشل الحسي والفشل الحركي (الشلل المخي) *(Cerebral palsy)* عند المعاقين عقليا، ويؤدي إلى صعوبة التواصل معهم، مما يزيد في صعوبات التعلم. وقد لا يفهم بعض الناس حديث أولئك الذين يعانون من شلل مخي شديد، حتى ولو لم يكونوا يعانون ضعفا عقليا. ولذلك فإنهم يحتاجون إلى تقييم دقيق. ومثالا على وجود سبب مشترك، فإن إصابة الحامل بالحصبة الألمانية، ربما يؤدي إلى حدوث الصمم الشديد والعمى، وكذلك الضعف العقلي.

٣ - زيادة القابلية للأمراض

وهذه تعد المقولة الأكثر أهمية في المرض العقلي، إذ تزيد القابلية للأمراض عند المعاقين عقليا بمقدار الضعف تقريبا، مقارنة ببقية الناس. وهناك صعوبة بالغة في إعطاء أرقام محددة لنسب تلك الأمراض. لكن يبدو أن الفصام يزداد حدوثه بمقدار الضعف. أما اضطراب الهوس والاكتئاب الدوري، فنسبته متماثلة عند كل من المعاقين والأسوياء. أما اضطرابات الصرع النفسية فهي أكثر شيوعا عند المعاقين عقليا، وأما اضطرابات الشخصية والسلوك فهي منتشرة عند المعاقين - خصوصا عند وجود اضطرابات في النمو مثل التوحد. كما يتوقع أن تتزايد نسبة حدوث خرف قبل الشيخوخة الناشئ عن مرض ألزهايمر المرتبط بمتلازمة داون. وتعزى القابلية العامة للأمراض إلى آثار سوء العناية الاجتماعية والصحية، المتمثلة في حدوث بعض الأمراض، كالدرن والالتهاب الكبدي الوبائي (نوع ب).

خدمات الإعاقة العقلية

إن غالبية المعاقين عقليا ليسوا مرضى طوال الوقت، فحـالات الإعاقـة ربما تحتاج إلى التدخل الطبي في فترة الطفولـة، ولكـن عند البلوغ تستقر معظـم تلـك الحالات. ويكمن دور الطبيب في علاج شتى الأمراض التي تصيب المعاقين عقليا كما يعالجها عنـد غيرهم من النـاس، وأن يقدم لهـم المستوى نفسـه مـن العنايـة الصحية التي يقدمها للآخرين. وربما أدى حدوث مرض بسيط للمعاق إلى ظهور الفرق في القدرة على التكيف بين المعاقين عقليا، وبين غيرهم من الناس. بـل ربما يكلف المرض العضوي الذي يصيب المعاقين عقليا كلا من العائلة والمجتمع تكلفـة أكبر مما لو أصاب المرض ذاته شخصا غير معـاق عقليـا. ولا تقتصـر أهميـة العنايـة الطبية بالمعاقين على البعد الأخلاقي فحسب، بل إنه من المجدي اقتصاديا الحرص على القيام بالفحص الطبي الجيد وتقديم العلاج المناسب للمعاق عقليا.

ولأسباب تاريخية فإن الطب النفساني هـو التخصـص الطبي الوحيـد الـذي خصص وظائف مستشارين في الإعاقة العقليـة مـع أن العديـد مـن أطبـاء الأطفـال عندهم الميول لهذا النوع من التخصص، ومع أن هنـاك عـددا مـن أطبـاء الصحـة العامة، تقتصر وظائفهم فقـط على برامج الإشراف الصحـي، وتقديـم الإرشـاد حول مختلف الأمور الطبيـة كمنـع الحمـل مثـلا، فإنـه للأسـف ليس هنـاك سـوى القليل من أطباء الأعصاب الذين يميلون لبحث الإعاقة العقلية وعلاجها حتى مع انتشار الاضطرابات العصبية عند المعاقين عقليا.

ويتم تقديم الخدمات غير الطبية للمعاقين عقليا بواسطة الخدمـات الصحيـة الوطنية، والخدمات الاجتماعية التي تقدمـها السـلطات المحلية، رهيئـات التعليـم

والإدارات الخاصة والتطوعية. ويختلف نمط هذه الخدمات في مختلف المناطق، كما أنها في تغير مستمر. وبوجه عام فإن معظم المناطق تهدف إلى تقديم خدمات محلية انطلاقا من نظام فرق الإعاقة العقلية في المجتمع.

وتقوم هذه الفرق بمهمة التقييم، وتخطط برامج التدريب والرعاية (اعتمادا على قدرات الفرد واحتياجاته)، وتنفذ تلك الخطط وتراجع مدى تقدمها، كما تمد عائلة المريض بالدعم والمساندة. والهدف من ذلك كله هو زيادة نشاط أولئك المعاقين من أجل القيام بأدوارهم في الحياة من خلال المشاركة في مختلف جوانب الحياة الاجتماعية.

ويتكون فريق الإعاقة العقلية في المجتمع من فريق أساسي وآخر فرعي. أما الفريق الأساسي فيتكون من اختصاصي اجتماعي، وممرض اجتماعي متخصص في الإعاقة العقلية، بالإضافة إلى خدمة السكرتارية. أما الفريق الفرعي فيتكون من اختصاصي نفسي واختصاصي العلاج بالعمل، واختصاصي العلاج الطبيعي، واختصاصي التخاطب وطبيب نفساني. كما أنه يمكن، أيضا، إضافة أناس آخرين. وربما عمل الفريق الفرعي الواحد مع عدة فرق رئيسة في المنطقة.

وتشمل خدمات العناية النهارية، التي تقدم للمعاقين عقليا كلا من التعليم والتدريب والتوظيف والترفيه، وقضاء وقت الفراغ. ومنذ بداية السبعينات من هذا القرن الميلادي، أصبح لزاما أن يتم تعليم جميع الأطفال بلا استثناء، إضافة إلى أن أكثر هيئات التعليم قد هيأت مدارس خاصة بالمعاقين. ومنذ بداية الثمانينات أصبح بإمكان الأطفال المعاقين عقليا أن يواصلوا برامج التعليم الكامل حتى يبلغوا سن التاسعة عشرة، بل إن بعض الكليات قد هيأت سلسلة ملائمة من الدروس والمحاضرات للمعاقين عقليا من البالغين.

أما الخدمات الأخرى فإنها غالبا ما تقدم بواسطة الخدمات الصحية الوطنية، من خلال مستشفيات الإعاقة العقلية، وكذلك بواسطة الخدمات الاجتماعية، من خلال مراكز العناية النهارية. كما أن هناك بعض الخطط العلاجية التي تركز على البحث عن وظيفة ملائمة للمعاق، أو تبحث عن وسيلة مناسبة يقضى بها وقت فراغه.

وتشمل خدمات توفير السكنى والإقامة لأولئك المعاقين برنامج الرعاية القصيرة المدى، وكذلك خدمات السكنى الدائمة. ويمكن توفير هذه الخدمات بعدة طرق مثل: سكن المريض مع إحدى العائلات، أو توفير مرافق مناسب للمريض في بيته، أو سيكنه في إحدى الدور المشاعة (مثل دور الرعاية والمستشفيات)، أو البيوت التي يتشارك في سكناها مجموعة من الناس. كما أن بعض المعاقين عقليا يعيشون بمفردهم في منازلهم.

ويعتمد تحديد نوع إقامة المريض على قدراته واحتياجاته الانفعالية. ونوع سلوكه، والتي من خلالها أيضا يتحدد مدى حاجة المريض إلى مساعدين. وكم عدد أولئك المساعدين؟ وهل يجب وجودهم طوال الوقت، أو بعض الوقت، أو يكفي أن يقوموا بزيارات أسبوعية للمريض في بيته؟.

قراءات إضافية

Bicknell, J. and Sines, D. (1984). *The Mentally Handicapped Person in the Community.* Harper and Row, London.
Heaton-Ward, W.A. (1977). *Left Behind.* Macdonald and Evans, Plymouth.
Russell, O. (1985). *Mental Handicap.* Churchill Livingstone, Edinburgh.

الفصل التاسع

اضطرابات فترة الطفولة والمراهقة
Disorders of Childhood and Adolescence

مقدمـــــة

يختلف طب نفس الأطفال عن الطب النفسي للبالغين في أن المريض في ذلك العمر لا يشتكي بنفسه. ولا يحضر إلى العيادة النفسية بذاته، وإنما يحضره والداه. وقد يرى الوالدان أن المشكلة تكمن فقط في أعراض معينة، ولكن غالباً ما يمكن تفسير تلك الأعراض بأنها نتيجة لأنماط تفاعل أفراد العائلة بعضهم مع بعض. أو نتيجة لأسلوب الأبوين في التنشئة. أو بسبب الظروف المؤسفة. التي ربما وجد بعض الأطفال أنفسهم فيها. ولذلك فإنه من الضروري الحصول على تاريخ كامل ومفصل للمرض. من أجل استنباط جميع العوامل التي ربما أسهمت في اضطراب الطفل، وذلك قبل وضع التشخيص النهائي للحالة، والشروع في التخطيط لعلاجها.

ولقد بينت الدراسات (الوبائية) (Epidemiology) شيوع الأعراض النفسية بين الأطفال، والذين يعرضون في العادة على الأطباء العامين، وأطباء الأطفال والمسؤولين الطبيين الاجتماعيين، في حين أنه لا يُعرض سوى عشر أولئك

الأطفال على أطباء نفس الأطفال. ويمكن تعريف الاضطراب النفسي عند الأطفال بأنه شذوذ في السلوك أو في الانفعال أو في العلاقات ملحوظ بدرجة واضحة ويمتد لفترة كفيلة بأن تعيق الطفل أو تسبب الضجر والاضطراب في العائلة والمجتمع.

وفي عام ١٩٨٨م استخدم العالم رتر *(Rutter)* في دراسته الشهيرة مجموعة استبانات من أجل قياس مدى انتشار الاضطرابات النفسية عند الأطفال بين سن العاشرة والحادية عشرة ممن يعيشون في جزيرة وايت[١] *(Isle of Wight)*. ولقد كانت نتائج دراسته كالتالي:

١ - نسبة الاضطرابات النفسانية بين أولئك الأطفال هي ٦.٨٪.

٢ - ٤٪ منهم يعانون اضطرابا في السلوك، في حين أن غالبية البقية (٢.٥٪) يعانون اضطرابات انفعالية.

٣ - نسبة الاضطرابات النفسانية بين الأولاد إلى البنات هي ٢ : ١.

٤ - هناك ارتباط بين اضطراب السلوك، وبين ضعف القدرة على القراءة.

٥ - يزداد حدوث هذه الاضطرابات عند الأطفال الذين يعانون أمراضا جسدية مزمنة.

٦ - تحدث زيادة كبيرة في نسبة حدوث هذه الاضطرابات في حال وجود اضطراب دماغي، والذي ربما يصل في بعض الأعمار إلى خمسة أضعاف المعدل الطبيعي.

٧ - ازدياد النسبة عند الأطفال الذين يعانون صعوبات في التعلم.

وفي عام ١٩٧٨م وجد العالم رتشمان *(Richman)* وآخرون، أن نسبة الاضطرابات النفسية المتوسطة الشدة والشديدة بين الأطفال في سن الثالثة هي ٧٪.

---

(١) جزيرة في جنوب بريطانيا (المترجم).

أما عند المراهقين فهناك اتفاق عام على أن النسبة تتراوح بين ١٠ و١٥٪، مع العلم أنه توجد نسب أكبر في بعض الدراسات.

مظاهر نشوء الاضطراب النفسي وتطوره في الطفولة والمراهقة

إن الأطفال كائنات حية مستمرة في النمو، ولذلك فإن المعرفة المستفيضة بنمو الطفل تُعد ضرورة لمن يعمل في أي مجال يرتبط بالأطفال. ويتأكد ذلك عند النظر في الاضطراب النفسي عند الأطفال، إذ أن عمر الطفل يحدد الأعراض التي يظهر بها، وذلك بناء على مرحلة نمو الطفل المعرفية والانفعالية.

وربما لا تكون الأعراض النفسية ذات أهمية في مرحلة عمرية معينة. لكنها تكون ذات شأن في تلك المرحلة من العمر، إذا أصبحت مستديمة أو حدثت في مرحلة من مراحل نمو الطفل، التي لا يتلاءم وجود تلك الأعراض فيها. وهناك أمثلة عديدة على ذلك. منها اضطراب النوم الذي يُعد شائعاً عند الأطفال في سن ما قبل المدرسة، ولا يعد علامة على الاضطراب في ذلك العمر، لكنه يُعد علامة على ذلك إذا حدث عند الأطفال الأكبر سناً. وبالطريقة نفسها فإن طفلاً في الثامنة من عمره ربما كان تشخيصه بأنه يعاني سلس البول أمراً ذا دلالة. لكن ليست الدلالة نفسها حينما يكون ذلك الأمر عند طفل في الثالثة من عمره. ومن باب أولى إذا كان الطفل في الثانية من عمره، لأن سلس البول شائع الحدوث في السنوات الأولى من العمر، ولا يعد علامة على الاضطراب في تلك السنوات.

ويوضح الجدول رقم (٣) الأعراض النفسية الشائعة التي تظهر في مراحل العمر المختلفة، مع ملاحظة أن هذه الأعراض هي مجرد مشكلات شائعة، وليست اضطرابات نفسية، كالتي تم تعريفها سلفًا.

جدول رقم (٣). تصنيف الأعراض الشائعة في مرحلة الطفولة تبعاً لعمر الطفل.

العمر	أنواع السلوك	مشكلات أخرى
٠ - ٥ سنوات	نوبات غضب - العنف سلوك الاعتراض والسلبية. *(Oppositional and negative behaviour)*	اضطرابات في الأكل والنوم. قلق الانفصال. *(Separation anxiety)* *تأخر النمو.*
٥ - ١١سنة	الكذب - السرقة الشجار - العصيان.	المخاوف - الرهاب - الأحلام المزعجة - التبرز اللاإرادي - المشكلات مع الأقران.
١١ - ١٦ سنة	الشجار - السرقة - الهروب من المدرسة أو البيت - سوء استخدام العقاقير-العصيان.	رفض المدرسة - القلق والاكتئاب تقلب المزاج - العزلة الاجتماعية المشكلات مع الأقران.

تصنيف اضطرابات الطفولة والمراهقة

لقد تم تحديد الفئات التشخيصية للاضطراب النفسي و تعريفها في فترتي الطفولة والمراهقة بطريقة وصفية. ومن النادر تشخيص المرض النفسي بأعراضه الكاملة دون سن السادسة عشرة، لكن مع ذلك فإن تشخيص مثل تلك الأمراض و علاجها هو جزء مهم من عمل طبيب نفس الأطفال. ولقد تم وصف المتلازمات الإكلينيكية عند الأطفال والمراهقين في التصنيف الدولي التاسع للأمراض[٢] *(ICD 9)* الذي أصدرته منظمة الصحة العالمية. ومن أجل أن نأخذ في

(٢) التصنيف الدولي للأمراض هو تصنيف شامل لجميع الأمراض العضوية والنفسية والذي تصدره منظمة الصحة العالمية. وقد صدر العدد العاشر منه في عام ١٩٩٢م بعد إجراء بعض التعديلات على العدد التاسع الذي اعتمد عليه مؤلف هذا الكتاب نظراً لأنه انتهى من تأليف كتابه في عام ١٩٨٧م أي قبل صدور العدد العاشر من التصنيف الدولي. ويختص الفصل الخامس من هذا التصنيف بالأمراض النفسية (المترجم).

الحسبان جميع العوامل التي تُسْهم في الاضطراب النفسي في فترة الطفولة، فقد تم ابتكار التصنيف ذي المحاور المتعددة. ويعتمد هذا التصنيف على خمسة محاور مختلفة هي:

١ - المتلازمة النفسية الإكلينيكية.

٢ - معوقات خاصة في النمو.

٣ - مستوى الذكاء.

٤ - الاضطربات الجسدية.

٥ - الأوضاع الاجتماعية المضطربة(٣).

الاضطرابات في سن ما قبل المدرسة

لم يتم، حتى الآن، وضع تصنيف للاضطرابات النفسية في سن ما قبل المدرسة، والتي يغلب عليها في العادة أن تكون اضطراباً في السلوك خصوصاً داخل المنزل، لأن الأطفال في هذا العمر ما زالوا يعتمدون على والديهم. وربما حدث الشيء نفسه، أيضاً، في أماكن أخرى غير المنزل، مثل السلوك العنيف مع الأقران في بيوت الحضانة.

---

(٣) طبقا للعدد الرابع من التصنيف ذي المحاور المتعددة (DSM IV) الذي تصدره جمعية الأطباء النفسيين الأمريكية فإن المحاور هي كالتالي:

المحور الأول: الاضطراب النفسي الإكلينيكي.

المحور الثاني: التأخر النوعي في النمو وفي مستوى الذكاء واضطرابات الشخصية.

المحور الثالث: الاضطرابات العضوية.

المحور الرابع: الأوضاع الاجتماعية المضطربة.

المحور الخامس: تقييم عام لمستوى أداء الفرد وإنتاجيته "في الماضي والحاضر".

وهذه المحاور التصنيفية ليست خاصة بفترة الطفولة، وإنما شاملة لجميع الاضطرابات النفسية في مختلف مراحل العمر (المترجم).

وتتمثل اضطرابات السلوك في اضطرابات النوم والأكل، كثرة الاعتراض والسلبية والسلوك العنيف. وفي هذا العمر لم تترسخ بعد أنماط السلوك لدى الطفل، ولذلك يمكن التدخل بنجاح في توجيه سلوكه من خلال تحسين معاملة الوالدين وطريقة تربيتهم له، وكذلك تحسين مستوى العلاقة بين الطفل ووالديه.

ويجب تحديد وتقييم أي عوامل جبلّية *(Constitutional Factors)*، مثل تأخر النمو، والتوحد *(Autism)* - مع ندرته - والاضطرابات العصبية الأخرى من أجل اتخاذ العلاج المناسب والاحتياطات الملائمة لتعليم الطفل.

ومن الضروري أن يكون الطبيب النفساني قادراً على ملاحظة مدى تعلق الأطفال بمن يقوم برعايتهم من البالغين، وذلك من خلال ملاحظة السلوك التعلقي بين الأطفال ومن يرعاهم. فمن غير المتوقع أن يشتكي رضيع عمره أقل من ستة أشهر حينما يحمله إنسان غريب، لكنه بعد ذلك العمر فإنه من الطبيعي أن يبكي الطفل مع الغرباء وأن يرفض أي محاولة لفصله عن أمه.

وحينما يكون الطفل قادراً على الحركة، فإنه يجعل أمه قاعدة ينطلق منها لاستكشاف ما حوله. ويكون سلوك التعلق شاذاً حينما لا يقلق الطفل حال وجود الغرباء، وكذلك حين يبدي عواطفه بطريقة غير ملائمة، أو يتعلق بمن يرعاه بتشبث، والذي ربما أوحى بأن هناك نوعاً من التعلق القَلِق.

وبعد سن الثالثة فإنه ليس من السهل ملاحظة سلوك التعلق عند الأطفال، مع أن الاضطرابات التي نشأت بسبب ضعف الارتباط في مرحلة الطفولة المبكرة ربما تستمر. ويظهر مرض التوحد في مرحلة مبكرة من فترة الطفولة، ويمكن تمييزه من خلال اضطرابات الكلام واللغة، إضافة إلى العجز البيِّن في قدرة الطفل على تكوين

علاقات اجتماعية، وكذلك حدوث أفعال وعادات قهرية. وتفترض النظريات الحديثة وجود أسباب بيولوجية لهذا المرض.

ويختلف الذهان الذي يحدث في مرحلة الطفولة (الذهان التفككي) *(Disintegrative psychosis)* [٤] عن مرض التوحد بأنه يرتبط دائماً باضطراب عضوي دماغي[٥]، إضافة إلى أنه لا يحدث في سن مبكرة جداً كمرض التوحد[٦].

المتلازمات النفسانية الشائعة في مرحلة الطفولة

اضطرابات السلوك

يوجد العديد من التعريفات لاضطراب السلوك التي تشير جميعاً إلى الطبيعة المضادة للمجتمع في ذلك السلوك. ويظهر هذا الاضطراب بصور شتى مثل السرقة، والكذب باستمرار، والهروب من المدرسة أو البيت، والعنف والعصيان. وربما كان العنف غير شائع بين البنات، لكن الخروج من المنزل، وسوء استخدام العقاقير، والممارسات الجنسية غير الشرعية تعد شائعة بينهن.[٧]

وهناك عوامل عديدة يُعتقد أنها ذات علاقة بحدوث هذا الاضطراب، ويمكن تقسيمها إلى:

---

(٤) هو ذلك المرض الذي تم اكتشافه في عام ١٩٠٨م، والذي يصيب الأطفال عادة بين سن الثالثة والرابعة بعد أن يكونوا قد مرّوا بفترة نمو طبيعية. وتظهر أعراضه على مدى عدة أشهر متمثلة في تدهور القدرات المعرفية والاجتماعية واللغوية حتى يصبح في النهاية مشابهاً بدرجة كبيرة لمرض التوحد (المترجم).

(٥) ليس صحيحاً في كل الأحوال (المترجم).

(٦) يحدث التوحد قبل سن الثالثة، بينما يحدث ذهان الطفولة عادة بعد سن الثانية ودون سن العاشرة وفي الغالب بين السنة الثالثة والرابعة من العمر (المترجم).

(٧) في المجتمعات الغربية (المترجم).

١ - عوامل داخل العائلة وتشمل: ضعف الارتباط في مراحل العمر المبكرة، ووجود التناقض في أسلوب المعاملة مع ضعف سيطرة الوالدين، والخلافات الزوجية، وغياب أحد الوالدين عن العائلة.

٢ - عوامل ناشئة من الطفل وتشمل: مزاج الطفل الذي يصعب إرضاؤه أو التعامل معه، وكذلك وجود مرض جسدي، مثل التلف الدماغي، أو تأخر النمو أو الصرع.

٣ - عوامل في بيئة الطفل أو في المحيط من حوله وتشمل : تأثير المجتمع في أسلوب التربية، ونوع المدرسة التي يتعلم فيها الطفل، وكذلك العوائق الاجتماعية الأخرى. وهذه العوامل يمكن أن تؤثر في درجة ونوع السلوك المضاد للمجتمع الذي يمكن أن يمارسه ذلك الطفل في بيئته.

ويختلف مآل المرض من طفل لآخر، لكنه يبدو سيئاً، ومن الصعب علاج الطفل حينما تكون الأعراض شديدة ومستمرة. وبعد البلوغ يفتقر أولئك الأطفال إلى العلاقات الاجتماعية الجيدة، ويظهر لديهم السلوك السيكوباتي (المضاد للمجتمع) والممارسات الإجرامية، إضافة إلى زيادة نسبة حدوث الأمراض النفسية بينهم.

الاضطرابات الانفعالية

تتصف هذه الاضطرابات في مرحلة الطفولة بأعراض القلق والخوف والتعاسة والحزن. وتحمل هذه الاضطرابات بعض الشبه بالأمراض العصابية التي تحدث عند البالغين. لكن أعراضها غير واضحة ومميزة كأعراض المتلازمات العصابية عند البالغين. وفي العادة تتحسن هذه الأعراض مع مرور الزمن مع احتمال استمرار شيء منها في فترة ما بعد البلوغ.

ويعد القلق عرضاً شائعاً عند أولئك الأطفال، والذي ربما كان أهم أسبابه في منتصف مرحلة الطفولة هو الخوف من فقدان أحد الوالدين. ويمكن تقييم ذلك من خلال النظر إلى ديناميكية العائلة، والنمط المحتمل للتفاعل بين أفرادها مثل قلق الانفصال من جهة الطفل، والاهتمام الزائد في حياة الطفل من جهة والديه. ولذلك يسعى العلاج غالباً إلى إيجاد مسافة مناسبة بين الطفل ووالديه.

ويعد قلق الانفصال مرتبطاً برفض الطفل الذهاب إلى المدرسة أكثر من ارتباطه بالمشكلات المتعلقة بالمدرسة. ومع ذلك، فإن هؤلاء الأطفال ربما وجدوا صعوبة في التكيف مع متطلبات المدرسة من حيث التحصيل العلمي، وكذلك في بناء العلاقات مع الأقران.

وربما كان من الصعوبة بمكان تشخيص الاكتئاب في مرحلة الطفولة؛ ولذلك تم وضع استبانات تساعد في اكتشاف الاكتئاب حين حدوثه. وحين توجد أعراض اكتئاب حيوية كاضطراب النوم مثلا، فإن جرعات صغيرة من مضادات الاكتئاب ربما تكون ذات فائدة. ومع ذلك فإنه في معظم الحالات يمكن علاج أسباب شقاء الطفل وحزنه دون الحاجة لاستخدام العقاقير.

ويهدف العلاج في بعض الأحيان إلى مساعدة الطفل على الوصول إلى نهاية لبعض آلامه، مثل تعدي بعض زملاء المدرسة عليه، أو الخوف من فقدان أحد الوالدين، والذي ربما يتطلب علاجاً فردياً أو إشراك العائلة في برنامج العلاج.

ويعد إشراك العائلة في البرنامج العلاجي هو الأسلوب المتبع في الغالب، حينما يكون الحزن بسبب فقد عزيز هو الحدث القائم داخل العائلة.

وتؤدي الإساءة إلى الأطفال عادة إلى اضطراب عاطفي واضح، وهو ما سنعرض له لاحقاً بشيء من التفصيل.

اضطرابات النمو

اضطرابات الإخراج

سلس البول: يُعد سلس البول الليلي الأولي[٨] أمر شائعا جداً، وهو اضطراب في النمو يحدث بسبب بطء نضج الجهاز العصبي، وفي الغالب يوجد تاريخ مرضي في العائلة من الشكوى نفسها. وقد تحدث عند الطفل اضطرابات نفسية ثانوية إذا نظر إليه والداه بصورة سلبية، وأصبحا يعاقبانه بشدة. ولا يحتاج مجرد التبول في الفراش - في حد ذاته - إلى تدخل الطبيب النفسي، ما لم يستمر أو يتكرر حدوثه بصفة ملفتة للنظر. ويعد منبه سلس البول[٩] *(Enuresis alarm)* هو العلاج الأكثر نجاحاً.

عدم التحكم في البراز: ربما يحتاج استمرار عدم التحكم في البراز بعد سن الرابعة إلى التدخل الطبي النفسي. ويمكن تقسيم هذا الاضطراب إلى نوعين: احتباسي، وغير احتباسي[١٠]. وعند استبعاد سوء تدريب الطفل على استخدام

---

(٨) الأولي بمعنى أنه ليس نتيجة لاضطراب آخر، أو لم يسبقه فترة انقطاع لسلس البول (المترجم).

(٩) وهو عبارة عن قطعتين معدنيتين بينهما حاجز قطني توضعان في الفراش عند موضع حوض الطفل وتتصلان على شكل دائرة كهربائية ذات جهد منخفض ببطارية وزر تحكم وجرس. وحين يبدأ الطفل في التبول تبتل تلك المادة القطنية فتكتمل الدائرة الكهربائية ويرن الجرس. وعند ذلك يستيقظ الطفل ويغلق الجرس ويذهب إلى الحمام لإكمال تبوله. ثم يعاد ترتيب الفراش وتوضع من جديد مادة قطنية جافة بين القطعتين المعدنيتين. وتعتمد فكرة هذه التقنية على آلية الإشراط البافلوفي وتصل نسبة نجاحها إلى ٥٠٪ على أقل تقدير (المترجم).

(١٠) احتباسي أي مصحوب بالإمساك، وفيه يكون السلس مستمرا خلال الليل والنهار، ويكون البراز لينا في تكوينه. أما غير الاحتباسي فليس مصحوبا بالإمساك، ويحدث بصفة متقطعة ويكون تكوين البراز فيه طبيعيا (المترجم).

الحمام بوصفه سببا لهذا الاضطراب، فإنه من المعتاد أن يحدث عدم التحكم في البراز في بيئة تكون العلاقة فيها بين الطفل وأحد والديه مضطربة.

ويؤدي الحصول على تاريخ مرضي مفصل إلى توضيح الفرق بين هذين السببين؛ لأن سوء تعليم الطفل على استخدام الحمام، يترافق عادة مع ضعف في مستوى التربية بشكل عام. في حين أن اضطراب علاقة الطفل مع والديه أو أحدهما يمكن أن تتجلى من خلال وصف الوالدين لسلوك الطفل. كما يمكن النظر أحياناً إلى هذا النوع من التبرز على أنه عمل عدواني من الطفل موجه نحو الوالدين.

ويعتمد علاج هذا التبرز على نوعه ومدى رسوخه وكذلك العوامل المسببة له. وتشتمل أنواع التدخل العلاجي التي يمكن تقديمها على :

١ - وسائل سلوكية: وذلك بمكافأة الطفل عند استخدامه الحمام بطريقة مناسبة.

٢ - علاج عائلي: والذي يهدف إلى تغيير أنماط التفاعل بين أفراد العائلة. كما يبحث هذا اللون من العلاج في الهدف الذي يمكن أن يحققه هذا الاضطراب لأحد أفراد العائلة، كالشعور مثلا باهتمام أكبر من لدن طرف آخر أو ما شابه ذلك.

٣ - علاج نفسي فردي: والذي يصبح ضرورياً عند ترسخ هذا الاضطراب لدى الطفل.

وعند فشل العلاج من خلال المراجعة في العيادة، فإنه قد تدعو الحاجة أحياناً إلى تنويم الطفل.

ويختلف مآل هذا المرض تبعا لنوعه وشدته، ولكنه في أغلب الأحيان لا يستمر بعد منتصف العقد الثاني من العمر.

اضطرابات النمو الأخرى

تشمل هذه الاضطرابات كلاً من: اضطرابات التعلم، واضطرابات اللغة والكلام وكذلك فرط الحركة.

وتعد زيادة النشاط من الأعراض الشائعة بين الأطفال، والتي ربما تكون نتيجة عدد من الأسباب مثل القلق، وضعف مراقبة الوالدين وكذلك الإحباط. ويندر وجود متلازمة فرط الحركة المرضي *(Hyperkinetic syndrome)* بأعراضه الكاملة: زيادة النشاط العام، وتشتت الانتباه *(Distractability)* وكذلك الاندفاعية *(Impulsivity)*. ويُسمّي الأطباء الأمريكيون فرط الحركة المرضي باسم آخر وهو اضطراب نقص الانتباه *(Attention deficit disorder)* وتشمل أعراضه: تشتت الانتباه وقصر مدة التركيز وكذلك الاندفاعية مع أو بدون فرط الحركة.

وتجنباً للخطأ في التشخيص فإنه من المهم أن ننظر بدقة إلى سلوك الطفل الذي يشتكي منه الوالدان، لأنهما غالباً ما يصفان الطفل بأنه زائد الحركة لمجرد أنه غير مطيع أو فوضوي، أو يصعب التحكم فيه وضبط سلوكه.

المراهقة

هي تلك المرحلة الانتقالية بين مرحلتي الطفولة والرشد؛ ولذلك فإنها مرحلة أساسية في نمو الإنسان، ليس لأنها تؤدي إلى اضطراب انفعالات المراهق وثورانه فحسب، بل لأنها تمثل، أيضاً، حدثاً مهماً في مراحل نمو العائلة التي يجب أن تجتاز عقبة الشعور برحيل واحد من أفرادها رحيلاً عاطفياً لا جسدياً. ويجب على المراهق أيضاً أن يتحمل التغيرات الجسدية التي تحدث له عند البلوغ، والتي يمكن أن تكون - في حد ذاتها - مصدراً كبيراً للتوتر. ولقد ثبت لدى العديد

من الباحثين من خلال الدراسات التي درست مشاعر المراهقين أن المراهقة هي وقت تهيج العواطف والانفعالات واضطرابها.

ويمكن تقسيم الاضطرابات التي تحدث في مرحلة المراهقة إلى:

١ - اضطرابات مرحلة الطفولة التي لم تشف بعد.

٢ - اضطرابات البلوغ الأولية.

٣ - اضطرابات متعلقة بضغوط مرحلتي البلوغ والمراهقة.

الاضطرابات المتعلقة بضغوط مرحلتي البلوغ والمراهقة

مما يجب ملاحظته أن فقد الشهية العصبي[(١١)] يوجد بشكل أساسي عند المراهقات. وسيتم التفصيل فيه لاحقاً في الفصل العاشر، حيث تم النقاش هناك بإسهاب حول درجة التمرد والعصيان الذي يمكن اعتباره أمراً طبيعياً عند المراهقين؛ ولماذا يتغلب بعض المراهقين وعائلاتهم بسهولة على صعوبات مرحلة المراهقة، في حين يبدو أن مراهقين آخرين وكأنهم يريدون أن يمتحنوا درجة الصبر والاحتمال لدى عائلاتهم؟.

وكما يبدو فإن قدرة العائلة على أن تكون داعمة ومتسامحة ومرنة، وأن تمد المراهق بالمقدار المناسب من التوجيه والشعور بالطمأنينة سوف يحدد مدى نجاح العائلة في الأخذ بيد مراهقهم نحو الحياة.

وربما كان سلوك بعض المراهقين مزعجاً بدرجة كبيرة لمن حولهم من أفراد العائلة ومدرسيهم، وكل من له دور في رعايتهم. كما أنه يمكن أن يكون مصدراً للقلق والتوتر للمراهقين أنفسهم. ويشمل هذا السلوك المزعج بعض التصرفات

---

(١١) القهم العصابي *(Anorexia Nervosa)* (المترجم).

مثل: الهروب من المدرسة أو البيت، والفشل في الدراسة، وتعاطي المخدرات، والممارسات الجنسية غير الشرعية *(Promiscuity)*، ومحاولات الانتحار. كما يشكو بعض المراهقين من الشعور بالحزن والبؤس والميل إلى العزلة عن العائلة والأصدقاء.

ويحتاج المعالجون لهؤلاء المراهقين - من اختصاصيين اجتماعيين وأطباء نفسانيين - أن يكونوا مرنين، لأن كثيراً من مشكلات المراهقين، تحتاج إلى نظرة شاملة للعائلة، وتحليل لطبيعة العلاقات بين أفرادها، حيث إن تلك المشكلات والصعوبات إنما نشأت في محيط العائلة. إضافة إلى ذلك فإنه في بعض الحالات يكون العلاج النفسي الفردي مناسباً لحل مشكلات المراهق. كما أنه ربما تدعو الحاجة إلى التنويم في المستشفى إذا كانت المشكلات شديدة.

ويجب دائماً أن نأخذ بجدية إقدام المراهقين على الانتحار. وقد تؤدي محاولة الانتحار إلى حدوث اضطراب عنيف داخل العائلة، ربما أدّى بدوره إلى حدوث تغير إيجابي في علاقات أفراد العائلة. ويجب دائماً أن تكون مقابلة العائلة، جزءا من تقييم حالة المراهق الذي حاول الانتحار.

الاضطرابات الذهانية

تتشابه أعراض فصام الطفولة مع أعراض الفصام عند البالغين. ومن النادر جداً حدوث الفصام عند الأطفال، لكنه يصبح أكثر شيوعاً بعد البلوغ. ومن الأهمية بمكان الدقة في تشخيص الفصام، نظرا للعواقب والنتائج التي تتبع ذلك التشخيص. وتعد الأدوية جزءاً أساسياً في علاج الاضطرابات الذهانية، لكنه يجب عدم إغفال دور العائلة في تقديم الدعم والطمأنينة للطفل. وفي الواقع فإن بعض التصرفات داخل العائلة تماثل فعالية عقاقير الفينوثيازينات في منع انتكاس مرض الفصام.

الإساءة إلى الأطفال

تشمل الإساءة إلى الأطفال جميع ألوان الاعتداء الجسدي عليهم بواسطة الضرب بأنواعه، والكي بالنار وما شابهها من الاعتداءات الجسمية الفادحة، إضافة إلى الاعتداءات الجنسية. وقد قدم أستاذ في الطب الشرعي في باريس عام ١٨٦٨م أول وصف لمتلازمة الطفل المعتدى عليه (*Battered child syndrome*). وفي الستينات من هذا القرن اكتشف الأطباء أن كثيراً من الإصابات والجروح التي كانوا يعتقدون أنها ناشئة عن بعض الأمراض كالكساح مثلاً لم تكن - في الحقيقية - سوى اعتداءات متكررة من أحد البالغين، والذي يكون عادة أحد الوالدين أو كلاهما.

وبالمثل فهناك وعي أكبر في الوقت الحاضر بطبيعة انتشار الاعتداءات الجنسية ومداها، لكن ما زالت هناك مقاومة كبيرة للاعتراف والتسليم بحجم المشكلة وفداحتها.

ولا يزال لدى بعض الناس اعتقادات وأفكار خاطئة حول الإساءة إلى الأطفال. فمنهم من يعتقد أن الفقراء هم الذين يسيئون إلى أطفالهم فقط، وهذا ليس بصحيح، لأن الإساءة إلى الأطفال قد تجاوزت في الواقع حدود الطبقات الاجتماعية. ومنهم من يعتقد أن جميع الآباء المسيئين إلى أطفالهم هم شاذون شذوذاً عضالاً أو مرضى ذهانيون أو مجرمون، أو متخلفون عقلياً. وفي الواقع أن هذا صحيح فقط عند نسبة بسيطة منهم.

أما الغالبية فهم أناس غير سعداء يشعرون بالذنب بدرجة كبيرة بسبب فشلهم في أن يتصرفوا بود وحنان مع أطفالهم، ويتوقون للدعم والتوجيه

ويستجيبون له. وثالث هذه المفاهيم الخاطئة هو أن الإساءة إلى الأطفال أمر نادر جداً. وقد دلت الإحصائيات التي أجريت في الولايات المتحدة الأمريكية في عام ١٩٧٨م أنه قد تم تسجيل ٣٢٠حالة إساءة إلى الأطفال - على اختلاف أنواعها - في كل مليون من السكان، وقد تبين فيما بعد أن ذلك الرقم لم يكن يمثل سوى جزء من الحقيقة!!. ولقد ظهر الشيء نفسه في بريطانيا حيث تم التعرف على حالات إساءة إلى الأطفال في مرحلة مبكرة قابلة للعلاج.

وبوجه عام يكبر الطفل المعتدى عليه، ويصبح من المحتمل أن يعتدي هو على الآخرين إن لم يتم التدخل العلاجي المناسب. ولقد توصل العالمان "رث وهنري كمب" إلى أن ٨٠٪ من المسيئين إلى الأطفال يمكن مساعدتهم، وأن ١٠٪ فقط - والتي تشمل المرضى العقليين والمعتلين نفسياً (السيكوباتيين) والمتخلفين عقلياً - هم فئة غير قابلة للعلاج. ولقد ابتكرا طريقة للتنبؤ في مرحلة مبكرة بالمسيئين إلى الأطفال، من خلال ملاحظة مواقف الوالدين تجاه ميلاد طفل جديد، واستجابتهما المباشرة لذلك الحدث. كما صاغا أيضًا قائمة فحص *(Checklist)* لتلك الأمور في خلفية الوالدين التي ربما توحي باحتمال أكبر للإساءة. ويرى الباحثان أن هذه الطريقة تقدم الدعم في الوقت الملائم جداً.

ويشمل العلاج أنواعاً متعددة كالتدخل في وقت الأزمة، والدعم والمساندة من المتطوعين. ومن الضروري وجود التنسيق الجيد في جميع حالات الإساءة إلى الأطفال بين أطباء نفس الأطفال والاختصاصيين الاجتماعيين الذين يشاركون بشكل أساسي في تلك الحالات.

ويتراوح الاعتداء الجنسي بين التصرفات غير اللائقة والممارسة الكلية للجنس. ولا يعني عدم وجود دلائل في جسد الطفل أن الاعتداء لم يحدث، أو

أنه غير ذي معنى عند الطفل. كما يزداد الضرر والتحطيم النفسي للطفل كلما طالت فترة الاعتداء.

وبشكل عام فإن ضحايا الاعتداء من الأطفال هم على معرفة سابقة بمن اعتدى عليهم. ومن النادر جداً أن يدعي الأطفال كذباً أن أحداً قد اعتدى عليهم، ولذلك يجب أن يُتعامل مع وصفهم للحادث وروايتهم له بشكل جدي. ولا يعني أن يسحب الطفل فيما بعد دعواه أن الاعتداء عليه لم يحدث، ومن السهل تجنب حدوث ذلك غالباً إذا تم استخدام بحث دقيق متعدد الضوابط وطرق مدروسة بشكل جيد.

وتزيد نسبة الاعتداء على البنات مقارنة بالأولاد، مع أن النسبة آخذة في التغير حيث إن أعداداً متزايدة من الأولاد يشكون من الاعتداءات الجنسية عليهم.

ويظهر على الأطفال المعتدى عليهم إما:

١ - أعراض جسمية: آثار جروح في المهبل، أو كدمات، أو تهيج في بعض أعضاء الجسم أو التهاب مزمن في المسالك البولية.

٢ - أعراض سلوكية: حيث يتغير سلوكهم بطريقة أو بأخرى مثل أن يصبحوا متعلقين وملتصقين بمن يرعاهم بدرجة أكبر، سريعي البكاء، كتومين، يتضايقون عند تعرية أجسامهم ويصبحون، أيضًا، متقلبي المزاج. كما قد يُظهر بعضهم وعياً مبكراً بالأمور الجنسية، وربما تلونت ألعابهم، أيضًا، بالنشاطات الجنسية. وقد يسعى بعض أولئك الأطفال المعتدى عليهم لأن يكونوا مثيرين جنسياً معرضين أنفسهم لخطر اعتداء جنسي آخر.

ويجب ألا يقع الأطباء في المزلق الشائع فيقبلوا الجدل الذي يدافع به المعتدون على الأطفال عن أنفسهم لأنهم يحتجون بأن الأطفال هم الذين

يشجعونهم على الاعتداء عليهم وأن الأطفال أيضا يستمتعون بذلك. كما يجب ألا ينسى المعالجون أن المعتدي البالغ قد خان موضع الثقة والمسؤولية في علاقته مع من هو دون سن الرشد، واستغل إما ضعف الطفل، أو ثقة ذلك الطفل به.

وحينما يكون الأب هو الذي اعتدى على طفله على سبيل المثال، فإن إعادة الأب مرة أخرى إلى العائلة كجزء من العلاج لن يكون علاجا ناجحا، إلا إذا اعترف بذنبه، والذي يعد نقطة بداية في إعادة تنظيم ميزان القوى داخل العائلة. وبوجه عام فإن تقوية العلاقة بين الطفل وأمه يجب أن تتم قبل عودة الأب إلى البيت. ولم يلق حتى الآن علاج المعتدين على الأطفال سوى نجاح محدود.

ومن الصعب جداً - في الغالب - تشخيص الاعتداء على الطفل وتقييمه، ولكن التراخي في ذلك بسبب الخوف من الوقوع في الخطأ، أو الخوف من تحطيم الأسرة ربما أدّى على المدى الطويل إلى تعاسة أكبر، لأن العواقب الاجتماعية للتقصير في علاج ضحايا الاعتداء أكبر بكثير من عواقب الخطأ في عقاب المعتدين على الأطفال، كما ذكر ذلك كِمب *(Kempe)* في عام ١٩٧٨م.

المراجع

Kempe, R.S., Kempe, C.H. (1978). Child Abuse. Fortuna, london.

Richman, N., Stevenson, J. Graham, P. (1978). Prevalence of Behaviour in 3 year Old Children: An Epidemiological Study in a London borough. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 16, 222 - 87.

Rutter M. (1988). *Developmental Psychiatry.* Cambridge University Press, Cambridge.

قراءات إضافيــــة

Bentovim, A. *et al.* (1988). *Child Sexual Abuse:* Assessment and Treatment. John Wright, Bristol.
Erikson, E. (1967). *Childhood and Society.* Pelican, London.
Rutter, M. (1977). *Helping Troubled Children.* Pelican, London.
Winnicott, E.W. (1970). *Child, the Family and the Outside World.* Pelican, London.
Wolff, S. (1971). *Children Under Stress.* Penguin, London.

الفصل العاشر

اضطرابات الأكـل
Eating Disorders

مقدمـــة

تشمـل اضطرابـات الأكـل كـلاً مـن القـهم العصـابي (فقـد الشهيـة العصـبي) *(Anorexia nervosa)* و الشره (الضور)[1] *(Bulimia)*. وقد كان ريتشارد مورتون *(Richard morton)* في عام ١٦٤٩م هو أول من وصف القهم العصابي وأسماه الاستهلاك أو الإفناء العصبي، لكن الوصف الأكثر إسهاباً كان على يدي العالم ويليام جل *(Wliam Gull)* وذلك في أواخر القرن التاسع عشر. وقد أصبحت هذه الاضطرابات أكثر شيوعاً في الوقت الحاضر، فقد سجل بعض الباحثين نسباً تتراوح بين ٥ و١٠٪ من الفتيات المراهقات يعانين نوعا أو آخر من اضطرابات الأكل.

وفي سويسرا ما بين الخمسينيات والسبعينيات ارتفعت نسبة حدوث القهم العصابي من ٠.٣٨ إلى ١.١٢ في كل مائة ألف شخص من السكان. أما في

(١) ربما يصح اعتبار بعض حالات مرض السمنة نوعاً من اضطرابات الأكل ذات الصلة بالعوامل النفسية (المترجم).

المدارس الإنجليزية الخاصة، فقد كانت نسبة انتشار هذا الاضطراب هي ١٪ كما أشار لذلك العالم كريسب *(Crisp)* في عام ١٩٧٦م. وتشكل النساء الغالبية العظمى (٩٠٪ تقريباً) من مرضى اضطرابات الأكل، واللاتي ينتمين في الغالب إلى الطبقة الاجتماعية المتوسطة.

المظاهر الإكلينيكية

من المعتاد مناقشة القهم العصابي بمعزل عن الشره، ولكن ما يجب إدراكه أن كلتا الحالتين ربما وجدتا سوية. وقد يعطي بعض مرضى الشره تاريخاً مرضياً واضحاً للإصابة بالقهم العصابي، كما قد يتحول مرضى آخرون من الشره إلى القهم العصابي.

يبدأ القهم العصابي عادة عند تلك الفتاة المراهقة التي تشعر بالخوف بسبب زيادة وزنها، مما يقودها بدوره إلى الحرص على الرشاقة، وتناول المسهلات وكذلك رفض الطعام. ومن الملفت للنظر أن شهية هؤلاء المرضى للطعام طبيعية للغاية - على عكس ما يوحي به اسم المرض - وكل ما في الأمر أنهم مرعوبون من تناول الطعام.

ومما لاشك فيه أن للتأثيرات الحضارية[٢] أهمية بالغة، حيث نلاحظ التأكيد السائد والمستمر في العصر الحديث على تميّز الرشاقة والنحافة، والتي من الممكن جداً أن تصبح عند انشغال البال بها بدرجة كبيرة حالة مرضية تستدعي العلاج. ومن المحتمل أن تصبح غالبية النساء الشابات مشغولات جداً بشأن ضبط

(٢) وهناك أسباب أخرى محتملة كاختلال ديناميكية العائلة، أو اضطراب مستوى بعض النواقل العصبية في الجسم (المترجم).

الوزن، فيكن بالتالي عرضة للإصابة بالقهم العصابي إذا كان لديهن القابلية لذلك، أو كنّ دون مستوى النضوج.

ويشمل المعيار الذي يقوم على أساسه تشخيص القهم العصابي كلاً من الأعراض التالية:

١ - رفض المحافظة على الحد الأدنى لوزن الجسم أو إنقاص الوزن بحيث يصبح وزن الجسم أقل بنسبة ١٥٪ من الوزن المفترض.

٢ - خوف المريض بدرجة شديدة من أن يصبح بديناً. أو أن يبدو كذلك، حتى وإن كان واضحاً أنه أقل من الوزن الطبيعي.

٣ - اضطراب في الكيفية التي يرى بها الفرد صورة جسمه، والتي يمكن أن توضح بسهولة بواسطة استخدام مقياس بسيط.

٤ - انحباس الطمث ثلاثة أشهر على الأقل عند النساء.

ويعد القهم العصابي مرضاً مهدداً للحياة، إذ يتراوح معدل الوفيات المعتاد بين ٥ و١٠٪، علماً بأنه قد تم تسجيل معدلات أكبر في السويد. وربما تعرض المرضى لانخفاض شديد في معدل البوتاسيوم في الدم، مع ندرة هذه الحالة، فيحتاجون حينئذ إلى إعطاء العلاج حقناً من خلال الوريد أثناء فترة التنويم في المستشفى. أما المضاعفات التي تنتج عن هذا المرض فهي ببساطة مضاعفات الجوع الشديد، والتي تشمل: فقر الدم وانخفاض ضغط الدم، واضطراب ضربات القلب و حصوات الكلى، وكذلك تخلخل العظام *(Osteoporosis)*. ويتضمن التشخيص التفريقي لهذه الحالة استبعاد احتمالية وجود بعض الاضطرابات مثل السل، والأمراض السرطانية، وكذلك ضعف نشاط الغدة النخامية. أما من الناحية النفسية فيجب استبعاد احتمالية وجود حالات الفصام والاكتئاب، وكذلك حالات الوسواس.

ويتأخر ظهور اضطراب الشره مقارنة بالقهم العصابي. ويتصف اضطراب الشره بالأعراض التالية:

١ - نوبات متكررة من النهم *(Binge eating)* إذ يستهلك الشخص كميات ضخمة من الطعام في فترة زمنية قصيرة نسبياً.

٢ - الخوف من عدم القدرة على التوقف عن الأكل خلال نوبات النهم.

٣ - تجنب زيادة الوزن، وذلك بالتقيُّؤ المتعمد، واستخدام المسهلات ومدرات البول، أو بواسطة التمارين القاسية وغيرها.

٤ - المعدل الأدنى لحدوث النوبة هو مرتان في الأسبوع لمدة ثلاثة أشهر.

٥ - الانشغال الزائد والدائم بشكل الجسم ووزنه.

وتعد آثار احتكاك مفاصل الأصابع بالأسنان نتيجة تعمد القيء علامة مفيدة في التشخيص، والتي تسمى علامة "رسل" *(Russell's sign)*.

العــــلاج

إن علاج القهم العصابي أمر صعب. ففي الماضي فضّل العديد منحى العلاج النفسي، ولكن النظرة الكلية للعلاج تشير إلى أنه من المحتمل أن العلاج الأكثر نجاحاً هو قبول الحقيقة بأن المريض سوف ينتكس، وأنه سيحتاج إلى التنويم في المستشفى(٣) بصفة متكررة، بالإضافة إلى السعي في تنمية علاقة علاجية جيدة مع هيئة التمريض، والحرص على تغذية المريض بشكل جيد(٤).

---

(٣) لمدة تتراوح أحياناً بين ٢-٦ أشهر خصوصاً لمن يقل وزنهم بنسبة ٣٠٪ عن المعدل الطبيعي (المترجم).

(٤) حيث يعطى المريض ٥٠٠ سعرة حرارية علاوة على السعرات الحرارية التي يجب أن يتناولها من هم في مثل وزنه، وتقسم وجباته الغذائية إلى ٦ وجبات يومياً مع مراقبته بشكل مباشر وتقييد أي نشاط زائد ومنعه من دخول الحمام لمدة ساعتين على الأقل بعد الوجبة الغذائية حتى لا يتقيأ. وفي حالة شكوى المريض من الإمساك، فإنه ينصح بتناول بعض الملينات وتجنب المسهلات. (المترجم).

كما يُستخدم العلاج السلوكي[٥]، حيث يوضع المريض في غرفة مجردة من كل شيء، وليس فيها سوى سرير وقدر قليل جداً من الأثاث. وفي البداية يحرم المريض من أي امتياز، وتحدد قائمة متسلسلة من الامتيازات، وعلى المريض أن يسعى في اكتساب هذه الامتيازات. فعلى سبيل المثال يسمح للمريض بتنظيف أسنانه مكافأة له حين يتناول وجبة غذائية، وهكذا تدريجياً يستمر منح الامتيازات نظير كل خطوة إيجابية يتقدمها المريض حتى يصل إلى المرحلة التي يكون بإمكانه فيها استقبال الزوار والخروج من الغرفة، وغير ذلك من الامتيازات. ويبدو من المدهش أن يتحمل المرضى مثل هذا النظام لكن ذلك يحدث.

وللعلاج بالعقاقير دور في معالجة القهم العصابي. وفي حين يفضل البعض استخدام دواء الكلوربرومازين[٦] *(Chlorpromazine)*، فإن آخرين يفضلون مضادات الاكتئاب الثلاثية الحلقة[٧] *(Tricyclic antidepressants)*. كما يجب أن يُراعى إعطاء جرعات منخفضة ابتداء نظراً للانخفاض المفرط في وزن المريض.

ومن النادر أن يكون من الضروري أن نلجأ إلى التغذية عن طريق الأنبوب، ولكن من الممكن إعطاء المريض ثلاثة آلاف سعرة حرارية يومياً، وذلك بواسطة أنبوب أنفي معدي ضيق *(Nasogastric tube)* محدثاً أقل قدر من المشقة مقارنة بالرعب الناتج من التغذية الأنبوبية التي كانت تستخدم في الماضي.

---

(٥) والذي يجب أن يكون برنامجاً واضحاً مكتوباً يتفق الجميع على تنفيذه، كما يشترط لنجاحه تعاون العائلة مع الفريق المعالج (المترجم).

(٦) وذلك لأنه فاتح للشهية (المترجم).

(٧) وهناك أدوية أخرى تم استخدامها كالفلوكسيتين (البروزاك) والبيموزايد (الأوراب) والسيبروهبتادين (البيرياكتين) وغيرها (المترجم).

وبالمقارنة مع مرضى القهم العصابي، فإن مرضى الشره يكونون عادة أكبر سناً، كما يلجؤون إلى العلاج في وقت متأخر. ولقد استخدمت مجموعة أخرى من الطرق العلاجية التي تشمل العلاج الفردي والعلاج الجماعي. وفي العلاج الجماعي يكون التأكيد على إعادة تعلم عادات الأكل أكثر من أي شيء آخر.

وفي جميع اضطرابات الأكل هناك حاجة إلى إشراك العائلة في العملية العلاجية حتى ولو لم يكن هناك حاجة إلى العلاج الأسري بأكمله. وغالباً ما تنكر الأسرة أن المريضة لديها هذا الاضطراب، بل إنه في حالة القهم العصابي فإن المريضة غالباً ما تكون محط إعجاب عائلتها[٨]، نظراً لقدرتها على ضبط نفسها. ومن الطريف حقاً أنه إذا تحسنت مريضة القهم العصابي، فمن الشائع جداً أن تجد أحد والديها قد انتابه قدر ملحوظ من أعراض الاكتئاب!!

ومهما تكن الوسائل العلاجية المستخدمة، فيجب على الطبيب النفساني أن يدرك نزعة المرض للانتكاس، وأن يدرك أن المرض مزمن، وأن يكون مستعداً لتنويم المريض مرة أخرى، لأنه ـ في العادة ـ لا يتم علاج الحالات الشديدة في العيادات الخارجية.

وحسب خبرتي فإن مفتاح العلاج الناجح هو في يد هيئة التمريض بدرجة كبيرة، الذين من خلال عملهم في وحدات متخصصة لعلاج هذا النوع من الاضطرابات يكونون قد نمَّوا لديهم الصبر والتسامح المهمَّين للتعامل مع هذه المجموعة الصعبة جداً من المرضى، وذلك من أجل احتوائهم في العملية العلاجية.

---

(٨) يختلف هذا الأمر من مجتمع لآخر (المترجم).

وربما تساعد الدراسات المستقبلية عن مظهر راقصي الباليه والرياضيين وعارضات الأزياء على تقديم فهم أكبر لمرض القهم العصابي.

المراجـــع

*Crisp, A.H., Palmer, R.L. Kalucy, R.S. (1976). How Common is Anorexia Nervosa? : A Prevalence Study. *British Journal of Psychiatry*, 128, 549-54.

قراءات إضافيـــة

Garfinkel, P.E., Palmer, R.L., Kalucy, R.S. (1976). *Anorexia Nervosa: A Multidimensional Perspective.* Brunner-Mazel, New York.

Russell, G.F.M. (1977), Editional: The Present Status of Anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 7, 363-7.

Russell, G.F.M. (1979). Bulimia Nervosa: An Ominous Variant of Anorexia Nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 329.

الفصل الحادي عشر

الاضطرابات النفسانية عند المسنين
(في مرحلة الشيخوخة)
Psychiatric Disorders in the Elderly

مقدمـــــة

إذا كانت مرحلتا المراهقة والشباب فترتي تطور العواطف ونضجها واضطرابها فإن المرحلة العمرية المتأخرة تعد من الناحية النفسية هي الفترة الأكثر استقراراً. ومع ذلك فإن هذا الاستقرار يبدو غالباً أكثر من حقيقته، ولذلك يجب أن ندرك أن هذه المرحلة غالباً ما تسبب صعوبات نفسية، إضافة إلى أن المسنّ قد يواجه مشكلات عضوية واجتماعية خاصة.

ومع تقدم عمر الإنسان تصبح المظاهر الجسدية، ومخاطر تلك المرحلة من العمر أكثر وضوحاً. إذ تفقد المفاصل والجلد مرونتهما، ويصبح أولئك الناس عرضة بدرجة أكبر لاضطرابات القلب والدورة الدموية، التي تكون سبباً مهماً لحدوث الأمراض عند الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين الستين والسبعين. ولسوء الحظ فإنه في هذه المرحلة من العمر يمر كل إنسان بتغير اجتماعي كبير وأساسي مثل التقاعد والترمل (فقدان شريك الحياة). ولذلك فإن هناك أسباباً واضحة تسبب الإجهاد للفرد المسن نجدها جديرة بالذكر مثل:

١ - تدهور الصحة البدنية كارتفاع ضغط الدم، ونقص ورود الدم إلى عضلة القلب، والتهاب الشعب الهوائية المزمن.

٢ - الفقر.

٣ - الوحدة.

٤ - فقدان شريك الحياة.

٥ - تغير الدور الاجتماعي للمسن في الحياة العصرية التي امتلأت بالتنافس وازدياد مسؤوليات الحياة.

٦ - الخوف من الموت.

٧ - سوء التغذية.

ويعد فقدان المرونة في التعامل وفي فهم الحياة من أهم العوائق النفسية عند المسنين، إذ تصبح السمات الشخصية والأنماط السلوكية إلى حد ما أكثر ثباتاً. ومن المألوف، أيضاً، أن تجد عند تلك الفئة من الناس مظاهر التعنت في وجهات النظر والقسوة فى المشاعر، التي تعد مظهراً طبيعياً لتقدم السن. ولذلك فإنه من المهم دائماً أخذ ذلك فى الحسبان عند تقييم الحالة العقلية لمن يُعتقد بأنهم مرضى نفسيون من المسنين، لأنه قد يبالغ بعض من تنقصهم الخبرة من الفاحصين في تقدير ظاهرة العناد، التي ربما لم تكن سوى إحدى السمات الطبيعية عند ذلك الفرد المسن.

ومن الخطأ الشائع اعتقاد بعضهم أن القدرة الفكرية تتناقص مع تقدم العمر. وتُعنى مقاييس الذكاء المتداولة بقياس مدى القدرة على التعلم، في حين أنها لا تُعير أي اهتمام لدور الخبرة لدى الفرد، التي من الصعب جداً قياسها، بالإضافة إلى الاختلاف في طبيعتها بين مختلف الأفراد. ولذلك فإن القياس النفسي

يقيس الذكاء بصورة عرضية، مغفلاً أثر الخبرة الحياتية في مستوى الذكاء، وهو البعد الذي يظهر تناقصاً غير ذي بال مع تقدم العمر.

المتلازمات النفسانيــة

مما سبق يتبين أن السمات الخاصة بالأمراض النفسية عند المسنين مرتبطة بنقص المرونة في شخصياتهم ومحدودية قدرتهم على التغيّر. وتبعاً لذلك فإن تفاعلهم مع الأحداث يكون غالباً أكثر شدّة وحدّة، مما كانوا عليه مثلاً قبل عشرين سنة.

الاضطرابات الوجدانية

تعد هذه الاضطرابات أكثر أهمية من سواها، لأن حالات الاكتئاب (المالنخوليا) قابلة للعلاج بدرجة كبيرة. ولذلك تتضاعف أهمية عدم إغفال مرض الاكتئاب عند المرضى المسنين، لأنه من السهل الخطأ في تشخيص الاكتئاب المزمن المصحوب بفتور في الشعور، واعتبار ذلك الفرد مجرد شخص مسن يعاني الوحدة لاغير. وفي جميع الأحوال يمكن ملاحظة هذا المرض من خلال:

١ - شدة اكتئاب الوجدان.
٢ - التهيج الواضح.
٣ - الشعور الشديد بالذنب ولوم النفس، والذي يصل غالباً إلى درجة الضلالة.

ومع أنه يسهل تشخيص هذا الاضطراب حينما يصل إلى هذه الدرجة، فإنه ربما يكون صعباً في الحالات الأقل شدة. ولذلك كان لزاماً على الطبيب دائماً أن يولي شيئاً من العناية ببعض الأعراض الّتي تصاحب الاكتئاب، كالشعور بالفتور وتوهم المرض، والكسل واضطراب النوم.

اهتياج الهوس الخفيف *(Hypomanic Excitement)*

ليس من النادر أن يصاب المسنون بهذا الاضطراب، الذي يستمر عادة لفترة أطول، مقارنة بغيرهم من الفئات العمرية الأخرى. وفي المقابل ربما لا يتم تمييز هذا الاضطراب إن لم يكن شديداً، مثال ذلك: رجل في السادسة والثمانين من عمره في جناح المسنين كان من الصعب علاجه، نظراً لسلوكه المضطرب وتدخله فى شؤون غيره، وكذلك لتكرار عبثه وسرقته الآخرين. وبالفحص تبيّن أن تلك الأعراض ما هي إلا صورة نموذجية لحالة بسيطة من اهتياج الهوس الخفيف، مصحوبة بالابتهاج وبعض أفكار العظمة، والتي هدأت جميعها عند استخدام العلاج المناسب.

العــــلاج

تُعد مضادات الاكتئاب هي العلاج الأنسب، مع أن المسنين الذين يعانون من الاكتئاب الشديد يستجيبون بصورة جيدة للعلاج بالرجفة الكهربائية *(ECT)*، مع الأخذ في الاعتبار ملاءمة حالة المريض الجسدية لهذا النوع من العلاج. ويستخدم عقار الإميبرامين *(Imipramine)* والأميتريبتلين *(Amitriptyline)* أكثر من سواهما في علاج الاكتئاب عند المسنين، لكنه يجب أخذ الحذر عند وصف هذه الأدوية، لأن الجرعة الاعتيادية الأولى (٢٥مجم ثلاث مرات يومياً) من مضادات الاكتئاب ربما تسبّب حالة من التهيّج، أو ــ مع الأميتريبتيلين خاصة ــ حالة من النعاس الزائد. ولذلك ينصح بالابتداء بجرعة ١٠ مجم ثلاث مرات يومياً [١].

---

(١) ظهر حديثاً مجموعة من مضادات الاكتئاب مثل الفلوكسيتين (البروزاك) والسيتالوبرام (السيبرام) وغيرها، والتي يفضل استخدامها للمسنين، لأنها تؤدي إلى حدوث آثار جانبية بسيطة مقارنة بمضادات الاكتئاب الثلاثية الحلقة (المترجم).

الذهانات الزورانية (البارانوية) *(Paranoid psychoses)*

وهي شائعة عند المسنين خصوصاً الذهانات الحادة منها، التي يكون فيها المريض متهيجاً ويعاني أفكارًا اضطهادية. وفي حين أنه توجد في أغلب الأحيان أعراض اضطراب وجداني، فإنه في أحيان أخرى هناك دلائل تشير إلى وجود اضطراب عضوي. وربما أدّى القصور الحسّي كضعف السمع مثلاً إلى حدوث هذا النوع من الذهانات، لكن مهما كان السبب فمن المهم إدراك أنه إذا ما تم علاج هذه الذهانات بطريقة جيدة فإن ذلك سيؤدي إلى نتائج إيجابية. كما يمكن أن تؤدي بعض التغيرات الحياتية الطبيعية كدخول المريض إلى المستشفى. أو انتقاله إلى دار العجزة إلى حدوث ردة فعل ذهانية، لأن تغير بيئة المسن وكذلك تغيّر الظروف من حوله يعد حدثاً كبيراً بالنسبة له، إذ يصبح خائفاً ويشك فيما حوله، وتبدو عليه أمارات الاضطراب، بل ربما انتهى به الحال إلى حالة تهيج ذهانية، إن لم يتم علاجه بطريقة جيدة.

أسباب الذهانات البارانوية

تنشأ أكثر الاضطربات البارانوية على هيئة ردّة فعل لبعض الأحداث التي تعترض أولئك المسنين الذين يعانون من قصور في الوظائف العضوية الدماغية. مثل تصلب الشرايين الدماغية وخرف الشيخوخة *(Senile dementia)*. كما تنشأ بعض هذه الاضطربات أحياناً نتيجة اضطراب وجداني، وتكون أعراضها ذات طابع وجداني، والتي تستجيب عادة للعلاج بمضادات الاكتئاب.

ومما يجب تذكره، أيضاً، أن المسنين الذين يعانون من الصمم أو العمى هم أكثر عرضة من سواهم للإصابة بالاضطرابات البارانوية.

كما قد تنشأ الاضطرابات الذهانية ذات الطابع الفصامي عند المسنين، وهي لا تختلف كثيراً في أعراضها عن أشكال الفصام الأخرى. وأخيراً ربما كانت الأعراض البارانوية نتيجة اضطراب بارانوي في الشخصية.

المتلازمات العضوية

تعد هذه الاضطرابات شائعة عند المسنين. وتشمل حالات الهذيان شبه الحاد التي تصيب مرضى الخرف. و ربما تؤدي إلى حدوث حالة اضطراب حادة، تتمثل في اضطراب إدراكهم للزمان والمكان، مع شيء من القلق والتهيج، وقد تستدعي هذه الحالة إدخال أولئك المرضى إلى المستشفى.

أسباب المتلازمات العضوية

تتكون الأعراض الإكلينيكية النموذجية لهذا المرض من ارتباك وتشوش حاد، مصحوب بمظاهر الحيرة والقلق مع انعدام الترابط في الأفكار والمشاعر. ويعد تصلب شرايين الدماغ وخرف ألزهايمر أهم سببين لهذه الاضطرابات. كما يعد احتشاء عضلة القلب (الذي ينشأ من انسداد بعض شرايين القلب)، والالتهاب الرئوي الشعبي، وفقر الدم، وزيادة مادة اليوريا في الدم (التسمم بالبولينا) أسباباً أخرى للمتلازمات العضوية إضافة للسببين المذكورين أعلاه. ولذلك يجب جعل التحاليل الخاصة بتلك الأعراض أمراً روتينياً عند فحص المريض المسن الذي يبدو عليه التشوش والارتباك.

اعتبارات عامة

يجب تقييم أي فرد مسن تظهر عليه أعراض متلازمة نفسانية بصورة دقيقة. كما يجب تقدير مدى حاجته إلى التنويم في مستشفى نفساني، إذ أن التنويم يجب

ألا يتم إلا لسبب واضح مثل: أن يكون علاج المريض يتم بصورة أفضل لو كان في المستشفى، لأن محافظة المريض على مكانه في المجتمع مطلب أساسي. وقد أوضح وايت هيد (*Whitehead*) مدى فائدة التنويم غير المستمر في الأقسام النفسانية (شهر داخل المستشفى وشهر خارجه)، حتى للمرضى الذين يعانون من درجات شديدة من الخرف. وبالإضافة إلى ذلك، فإن المريض المسن الذي يعاني من اضطراب نفساني، يمكن العناية به بكفاءة في المراكز والمستشفيات النهارية.

ويجب فحص حالة المريض الجسدية بعناية مع التركيز على بعض الأمراض كالتهاب الشعب الهوائية المزمن، واحتشاء عضلة القلب، وتضخم البروستاتا، والتهاب المفاصل، ومِنْ ثَمَّ تقديم العلاج المناسب لها. وبالطبع فإن هناك مجموعة من المرضى يحتاجون إلى رعاية طويلة في المستشفى، كأولئك الذين يعانون من الخرف الشديد، ومع ذلك فإنه يجب قصر هذا النوع من العناية على القلة القليلة من المرضى. وتقوم السلطات المحلية المسؤولة في بريطانيا بإعداد مساكن مناسبة للمرضى المسنين الذين يعانون من اضطرابات نفسانية، ولذلك يجب تحقيق الفائدة القصوى من تلك المساكن.

ومع أن أهداف العلاج الطبي النفسي للمسنين - في كثير من الحالات - تعد محدودة فإن النتائج تبدو غالبا مشجعة بشكل كبير. فزوال أعراض الاكتئاب يمكن أن يسبب تغيرا جذريا في حياة المريض، بل إن العلاج النفسي المساند يمكن أن يؤدي إلى الشيء نفسه. ومن السهل تجنب المسنين وإهمالهم وعلاجهم بطريقة متضجرة، كما هو الغالب عند كثير من المعالجين، في حين أن مجرد مناقشة بسيطة لمشكلات المسنين والاعتراف بمكانتهم في المجتمع، وإظهار التفهم لأحوالهم والتعاطف معهم، غالبا ما يؤدي إلى تحسن واضح في الأعراض المرضية عند أولئك المسنين.

قراءات إضافية

Corsellis, J.A.N. (1962). *Mental Illness and the Ageing Brain.* Maudsley Monograph 9. Oxford University Press, Oxford.

Guaradian, (1985). Old Soldiers Never Die. 3/1/85. 14/3/85, 25/10/85.

Post, F. (1962). *The Significance of Affective symptoms in Old Age.* Maudsley Monography 10. Oxford University Press, Oxford.

Prag. H. Van. (1977). Psychotoropic Drugs in the Aged. *Comprehensive psychiatry,* 18, 429.

الفصل الثاني عشر

الطب النفسي والقانون

قانون الصحة العقلية الصادر عام ١٩٨٣م

Psychiatry and the Law
The Mental Health Act, 1983

نبـــذة تاريخيـــة (١)

يُعد تاريخ رعاية المرضى العقليين بصفة عامة قصة محزنة، تتألف بصفة أساسية من الإهمال، وعدم الاكتراث وسوء المعاملة حتى مع التقدم الشاسع في هذا المجال. ولقد واجه المهتمون بالأمر - من وقت لآخر - هذه المعضلة، وأصدروا قوانين تنظم إدارة المصحات النفسية، وتحمي نزلاء تلك المصحات.

ولقد كان الهدف الأساسي من تلك المصحات د ر توفير الرعاية، لأن دخول المريض إلى المصحة يعنى أن فرصته في الخروج منها ضئيلة، وذلك لعدم وجود علاج فعال يمكن تقديمه له، إضافة إلى أن أفراد المجتمع لا يرحبون بعودته إليهم، نظراً لاعتقادهم بخطورة المريض عليهم ، رألاّ أمل في شفائه.

(١) جميع ما يرد في هذا الفصل يتعلق بأنظمة وقوانين الصحة العقلية في بريطانيا (المترجم).

وفي القرن التاسع عشر ظهرت التوكيدات على أهمية التعامل الأخلاقي مع المرضى العقليين، والدعوة لمعاملتهم معاملة البشر العاديين، لأنه قد تم إنجاز الكثير من أجل تحسين مستوى رعاية المرضى، وتوفير المهن المفيدة والمناسبة لهم، وإزالة ما يعترضهم من عوائق، مع تشجيع بواعث الأمل في نفوسهم. ومع ذلك كله فقد كانت التشريعات والقوانين حول هذا الأمر تسير بخطى بطيئة، حتى إنه في عام ١٨٩٠م، حين أُقرت قوانين المرضى النفسانيين *(Lunacy Acts)*، لم يتغير في الأمر شيء، سوى تثبيت دور الرعاية لتلك المصحات، وذلك لأن التنويم الاختياري فيها كان أمراً مستحيلا.

وفي عام ١٩٣٠م كانت هناك خطوة إيجابية تتمثل في قانون علاج الأمراض العقلية الذي أصبح بموجبه التنويم الاختياري في تلك المستشفيات أمراً ممكناً. وفي العشرين سنة الماضية، حين زادت المعرفة والحماس في علاج المرضى العقليين، أصبح جليًا مدى الحاجة إلى تشريعات وقوانين أكثر تنظيمًا. وحينما بلغ ذلك الأمر ذروته جاء قانون ١٩٥٩م للصحة العقلية[٢] معلنًا الارتقاء بمستوى التعامل مع المرضى ورعايتهم، وجاعلاً البعد الطبي لا القانوني هو الأساس في علاجهم. ومن ناحية ثانية فقد شعر البعض ـ خصوصًا الجمعيات المسؤولة عن المرضى ورعايتهم ـ بأن الحال ازداد سوءاً، حينما أصبحت الريادة العلاجية بيد الأطباء النفسانيين بدلاً من التشريعات والأوضاع السابقة.

وبوصفه حلا وسطا، جاء قانون ١٩٨٣م للصحة العقلية - الذي قدمته لجنة قانون الصحة العقلية - مشتملاً على مجموعة من الآراء والإجراءات لحماية حريات المرضى.

---

(٢) جاء ذلك في أعقاب اكتشاف العقاقير ذات التأثير النفسي بدءاً بالكلوربرومازين عام ١٩٥٢م ثم مضادات الاكتئاب والمهدئات (راجع صفحة ٢٥٤، المترجم).

وفي الوقت الحاضر هنالك العديد من الاقتراحات التي تنادي بالموافقة على تقديم العلاج الإجباري لبعض الحالات في المجتمع، لكن تلك الاقتراحات ما زالت موضع النقاش والتداول.

قانون الصحة العقلية الصادر في عام ١٩٨٣م (٣)

يعتبر هذا القانون قانوناً جامعاً وشاملاً، وفيه تم - بدرجة طفيفة - تعديل قانون ١٩٥٩م، كما أنه ألغى ما سبقه من قوانين (قوانين المرضى النفسانيين في ١٨٩٠م، قانون علاج الأمراض العقلية في ١٩٣٠م).

وتشمل المعالم العامة لقرارات قانون ١٩٥٩م وقانون ١٩٨٣م الأمور التالية:

١ - مراقبة مستشفيات الأمراض العقلية، ودور الرعاية العقلية وغيرها ومتابعتها ويتم بواسطة مجلس المراقبة وذلك تحت إشراف خدمة الصحة الوطنية (قدم في عام ١٩٥٩م).

٢ - تشجيع الدخول غير الرسمي للمرضى (قدم في عام ١٩٥٩).

٣ - تم جعل الدخول الإجباري إلى المستشفى معتمدا على أسس إكلينيكية أكثر من اعتماده على أسس رسمية (قدم في عام ١٩٥٩م).

٤ - تحديد دور السلطة المحلية في خدمة الصحة العقلية وتعريفه (قدم في عام ١٩٥٩م).

٥ - تكوين لجان متخصصة لتفتيش المستشفيات ومعاينتها، والاستماع لشكاوى المرضى، وتقديم الآراء المحايدة حول مختلف القضايا التي تخص المرضى ورعايتهم (قدم في عام ١٩٨٣م).

---

(٣) لا يوجد حتى الآن نظام قانوني في البلاد العربية لتنظيم حقوق المرضى النفسانيين ومسؤولياتهم ومختلف شؤونهم إلا في بعض البلدان كالعراق ومصر، لكن تلك الأنظمة ينقصها التكامل، ولم تنل أيضاً حظها الكامل من التطبيق على أرض الواقع (المترجم).

وينقسم قانون الصحة العقلية الصادر في عام ١٩٨٣م[٤] إلى عشرة أجزاء.

الجـــزء الأول

ينص على تطبيقات القانون وتعريف الاضطراب العقلي. ويشمل المرض العقلي، والضعف العقلي (والذي كان يسمى سابقًا الإعاقة العقلية)، والاعتلال النفسي (السيكوباتية).

أما الانحراف الجنسي والانحراف الأخلاقي وإدمان الكحول أو غيره من العقاقير، فهي مستبعدة بوصفها أسبابا لتطبيق القانون بحقها.

ويتمثل هذا الجزء في المادة الأولى من القانون.

الجـــزء الثاني

يبحث هذا الجزء في حالات التنويم الإجباري في المستشفى، وكذلك في شأن الوصاية على المريض.

ويتمثل هذا الجزء في المواد (٢ - ٣٤) من القانون.

الجـــزء الثالث

يتعلق هذا الجزء بالمرضى ذوي السوابق الإجرامية، أو الذين هم تحت حكم قضائي.

ويتمثل هذا الجزء في المواد (٣٥ - ٥٥) من القانون.

---

(٤) تم عمل بعض التعديلات الطفيفة على هذا القانون ابتداء من ١/١٠/ ١٩٩٧م، والتي استمدت من قانون الجريمة الصادر في عام ١٩٩٧ *(Crime "Sentences" Act 1997)*.

الجزء الرابـــع

يبحث هذا الجزء في الموافقة على العلاج. فبعض العلاجات التي يخشى أن تسبب آثاراً سيئة - مثل العلاج بالرجفة المحدثة كهربياً ـ تحتاج إما إلى موافقة المريض، أو موافقة خبير طبي آخر، يتفق مع رأي الطبيب المعالج. والبعض الآخر من العلاجات التي يعتقد بعدم زوال أثرها - مثل الجراحة النفسية - تحتاج إلى إقرار المريض، و كذلك إلى موافقة خبير طبي آخر.

ويتمثل هذا الجزء في المواد (٥٦ - ٦٤) من القانون.

الجـــزء الخامس

يتعلق هذا الجزء بالمحاكم العقلية الخاصة. فالمريض له حق الاعتراض على احتجازه، إما بصفته الشخصية، أو بواسطة ممثل قضائي. وربما تطلب الأمر حضور الطبيب المعالج لتقديم أدلته إلى المحكمة، والتي ربما تقضي - حسب وجهة نظرها - بخروج المريض من المستشفى.

ويتمثل هذا الجزء في المواد (٦٥ - ٧٩) من القانون.

الجـــزء السادس

يبحث هذا الجزء في خروج المرضى وإعادتهم للعلاج حسب أنظمة الأحكام القضائية في مختلف المناطق (مثل إنجلترا - اسكتلندا - إيرلندا).

ويتمثل هذا الجزء في المواد (٨٠ - ٩٢) من القانون.

الجـــزء السابـــع

يهتم بتحديد إدارة ممتلكات المرضى، ومختلف شؤونهم أثناء علاجهم.

ويتمثل هذا الجزء في المواد (٩٣ - ١١٣) من القانون.

الجـــزء الثامـــن

يُفوّض السلطة ويمنحها للاختصاصيين الاجتماعيين المعتمدين والمدربين تدريباً خاصاً لتنفيذ القانون، كما يضع قواعد العمل ونظمه في قانون الصحة العقلية.

ويتمثل هذا الجزء في المواد (١١٤ - ١٢٥) من القانون.

الجـــزء التاســـع

يُعنى بالجرائم ومخالفة قانون الصحة العقلية.

ويتمثل هذا الجزء في المواد (١٢٦ - ١٣٠) من القانون.

الجـــزء العاشـــر

يحتوي على أمور متفرقة .

ويتمثل هذا الجزء في المواد (١٣١ - ١٤٩) من القانون.

وتعد المواد الخمس الأولى من القانون هي الأكثر أهمية بالنسبة لطلاب الطب. وسنعرض لها بشيء من التفصيل.

المـــادة الأولـــى

راجع الجزء الأول من أجزاء القانون.

المـــادة الثانـــية

تختص هذه المادة بحجز المريض لمدة لا تزيد على ٢٨ يومًا بغرض الملاحظة والعلاج. وللمريض أن يقدم اعتراضه على ذلك إلى المحكمة في خلال ١٤ يوماً من احتجازه في المستشفى.

المـــادة الثالـــثة

تختص هذه المادة بحجز المريض للعلاج لمدة أقصاها ٦ أشهر. ولأقرب أقرباء المريض حق نقض هذا القرار.

ويجب أن تتوافر في المادتين الثانية والثالثة توصيتان طبيتان: الأولى من طبيب الأسرة أو الممارس العام الخاص بالمريض، والأخرى من طبيب مؤهل مرخص له حسب ما ورد في المادة ١٢ من القانون. وعلى الطبيبين أن يفحصا المريض، وأن يقتنعا بأنه يمثل خطراً على نفسه، أو على الآخرين. بالإضافة إلى ذلك، فإنه إذا كان سبب احتجاز المريض هو الاعتلال النفسي (السيكوباتية)، أو الضعف العقلي، فعلى الممثل الطبي المسؤول التأكد من أن حالة ذلك المريض اضطراب قابل للعلاج.

المـــادة الرابـــعة

تعنى هذه المادة بحالات الدخول الطارئة، التي تتم بموجب توصية طبية واحدة، ولمدة ٧٢ ساعة حتى يتخذ الإجراء اللازم.

إذاً فالمواد الثانية والثالثة والرابعة تحتاج إلى طلب من أقرب أقرباء المريض، أو من الاختصاصي الاجتماعي مدعوماً بالتوصية الطبية.

المـــادة الخامسة

تفوض هذه المادة الطبيب المسؤول بتمديد فترة حجز الطارىء للمريض لمدة ٧٢ ساعة أخرى. وللممرضة المسؤولة إصدار أمر إبقاء للمريض لمدة أقصاها ٦ ساعات، حتى حضور الطبيب المسؤول، أو من ينوب عنه.

المسؤوليـــة الجنائيـــة *(Criminal Responsibility)*

حسب القانون الإنجليزي فإن الرجل - وكذلك المرأة - مسؤول مسؤولية كاملة عن تصرفاته، كما لو كان قاصدًا نتائج أفعاله. و في الاعتداءات الخطيرة

تكون المسؤولية الجنائية مجالا للشك والتساؤل بدرجة أكبر. فعند ارتكاب شخص يعاني مرضا عقليا جريمةً ما، فإن الحالة العقلية لذلك المريض تقف حائلاً دون مسؤوليته عن أفعاله. وفي حقيقة الأمر فإنه لم يكن من السهل تشريع ذلك وإقراره في المحاكم، لأن القانون يفترض صحة العقل، وعكس ذلك يحتاج إلى دليل وبرهان.

ومنذ عام ١٨٤٣م تستخدم المحاكم قوانين ماكنوتن *(MacNaughten rules)* بوصفها اختبارا أو معيارا للجنون. وقد نشأت هذه القوانين بعد جريمة القتل التي ارتكبها دانيال ماكنوتن عندما قتل السكرتير الخاص للسيد روبرت بيل، لكن القضاة لم يدينوا دانيال ماكنوتن حينما ثبت أنه كان يعاني ضلالات بارانوية.

وتبعا لذلك فقد صاغ القضاة تلك القوانين منذ ذلك الحين، وهي عبارة عن مجموعة من الإجابات لأسئلة تم وضعها من قبل مجلس اللوردات. وعمليا تبحث تلك القوانين عن إجابة للسؤالين التاليين:

١- فيما يتعلق بالجريمة، هل يدرك المتهم طبيعة العمل الذي ارتكبه؟.

٢- وإذا كان يدرك ذلك، فهل يعرف أن ما فعله كان خطأ؟.

ومن الواضح أن المريض إذا كان تحت تأثير ضلالة، فإن إجابة السؤال الأول ربما كانت: نعم، لكن إجابة السؤال الثاني تكون بالنفي.

ومع أن تلك القوانين تبدو بسيطة، فإن تطبيقها قد يكون صعبا، وأصبحت فقط مجرد اعتراف محدود بقصور المسؤولية الجنائية. ولسنوات طويلة ظلت هذه القوانين محل خلاف وجدل في كل من بريطانيا وأمريكا، لكن مع ذلك، فإنها ما زالت تستخدم على نطاق واسع اختبارا للإصابة بالجنون من عدمه في الجرائم التي تكون عقوبتها الإعدام.

ومنذ صدور قانون جرائم القتل(Homecide Act) في عام ١٩٥٩م، فإن التشريع في انجلترا وويلز اعترف بمفهوم قصور المسؤولية، والذي يمكن الاستشهاد به عندما يبدو على الشخص المتهم شيء من الاضطراب العقلي، إذ أنه ربما يؤدي في النهاية إلى عدم إدانته.

إن مفهوم نقص المسؤولية أو قصورها لا يمكن قبوله دون تحفظ. وقد تمت الإشارة إلى أنه بمجرد الإقرار بنقص مسؤولية المتهم، فإنه تتم مراجعة الفكرة الإجمالية لمسؤولية ذلك الفرد الجنائية ومناقشتها على جميع المستويات، وتشمل إعادة النظر في سجله الجنائي منذ سن التكليف.

الأهلية في عمل الوصيـــة (Testamentary Capacity)

تعتمد القدرة على عمل وصية شرعية وقانونية على صحة العقل وسلامته. وهذا الأمر لم يتم تعريفه في القانون، ولكن استمد من القاعدة المتعارف عليها بأن الشخص الموصي يجب أن تنطبق عليه الصفتين التاليتين:

١ - يجب أن يكون مدركًا لمعنى كتابة الوصية.

٢ - أن تكون لديه معرفة كافية عن مقدار ما يملكه، ومن المستفيدون من تركته [٥].

ولا يحرم المرض العقلي - في حد ذاته - سواء كان ذهانيًا أم عضويًا أي شخص من عمل وصية شرعية صحيحة، لأن مرضى الفصام المزمن - على سبيل المثال - وكذلك مرضى الخرف، غالبًا ما تكون لديهم قدرات جيدة من وضوح الفكر، وإدراك الواقع.

---

(٥) وشرط ثالث هو أنه يجب أن يكون الموصي قادراً على التعبير عن نفسه بوضوح وبدون غموض (المترجم).

ولا يحق للطبيب المعالج أن يكون شاهدًا على وصية مريضه، سواء كان ذلك الطبيب مستفيدًا أم غير مستفيد من تلك الوصية.

الكفاءة والصلاحية للدفاع والترافع *(Fitness to plead)*

يكون المدَّعى عليه أهلاً للدفاع عن نفسه إذا كان:

١ - يدرك الفرق بين الصواب والخطأ.

٢ - يدرك الفرق بين التهمة بالجناية وعدمها.

٣ - قادراً على إرشاد المحامي في دفاعه عنه.

٤ - قادراً على أن يعترض هيئة المحلفين أو أحدهم.[٦]

فإذا لم يكن المدّعَى عليه أهلاً للدفاع عن نفسه، فإن ذلك في حد ذاته دفاع ذاتي، فهو بريء بسبب جنونه *(not guilty by reason of insanity)*. وتعد العقوبة بحجز المريض التي يصدرها وزير الداخلية بتفويض من الملكة (المادة ٤١) شديدة جداً، لأنه من الصعب جداً فيما بعد إصدار أمر بإلغاء تلك العقوبة. ولذلك كان من الأفضل أن يلجأ الدفاع إلى تطبيق جزاءات أقل شدة توجد تحت مواد أخرى من القانون.

وعادة ما يكون فعل الجريمة *(actus reus)* قد تم إقراره، ويكمن دور المحكمة في البحث عن وجهة النظر الطبية وتوصياتها.

تقارير المحكمة *(Court Reports)*

غالبًا ما يستدعى الطبيب للإدلاء بشهادته في المحكمة إما شفويًا أو تحريريًا في قضية ما. وعند كتابة التقرير يجب أن يبدأ الطبيب بذكر أساسيات التقرير، مثل

(٦) وهناك شرطان آخران هما: أن يكون المدَّعَى عليه قادراً على متابعة سير المحاكمة، وأن يكون قادراً على تقييم الشهود و فحصهم. وهذان الشرطان ربما وردا ضمناً في الشروط الأخرى، لكننا نذكرهما هنا لزيادة الإيضاح (المترجم).

القول (إن هذا التقرير يعتمد على فحص تم إجراؤه للمدعى عليه مرة واحدة في مركز الشرطة، ويعتمد كذلك على قراءتي لسجل الحالة في المستشفى. ولا توجد أي شهادات خطية). والشهادة الخطية هي تلك البيانات المدونة دليلا للمدعي ومحامي الدفاع قبل جلسة المحكمة. ومن المنطقي دائماً طلب شهادات الادعاء، وكذلك شهادات الدفاع قبل كتابة التقرير.

ويجب أن يصف التقرير بإيجاز وبوضوح الأدلة المادية المزعومة، والتي يجب وصفها بالمزعومة أو المدعاة، إذ أن المحكمة لا تقبل الآراء المجردة. وبعد فقرة مختصرة عن سيرة المريض الشخصية، فإن التقرير يجب أن يتضمن استنتاجاً ورأياً موضحًا التالي:

١ - هل المريض عاجز أو قاصر في نظر القانون (غير كفء للدفاع والترافع)؟

٢ - هل يعاني المدعى عليه اضطرابا عقليا حسب مدلول قانون ١٩٨٣م للصحة العقلية؟.

٣ - في حالة عدم وجود اضطراب عقلي، فهل توجد حالات أخرى مثل إدمان الكحول، أو أي مرض آخر قابل للتدخل الطبي؟

٤ - هل توجد أية توصيات طبية يجب أن تضعها هيئة المحكمة في عين الاعتبار؟ (مثل: أمر إرجاع للتقييم "مادة٣٥"، أمر علاج "مادة ٣٧").

وفي ختام التقرير يجب أن ينص كاتبه على أنه مؤهل حسب القانون لكتابة مثل هذه التقارير، ثم يوقع مشيرا لشهاداته ومسمى وظيفته.

جدول رقم (٤). ملخص بأسماء الأوامر التي توصي بالحجز مع ما يقابلها من أرقام مواد قانون ١٩٨٣م للصحة العقلية.

مدة الحجز	رقم القسم	الأمر	المتقدمون
٢٨ يوما	٢	أمر فحص نفسي (مدني)	طبيبان +أقرب أقرباء المريض أو اختصاصي اجتماعي
٦ أشهر + ٦ أشهر + ١٢ شهرا + (تحدد حسب المادة)	٣	أمر علاج (مدني)	طبيبان + أقرب أقرباء المريض أو اختصاصي اجتماعي
٧٢ ساعة	٤	أمر إدخال عاجل	طبيب + أقرب أقرباء المريض أو اختصاصي اجتماعي
٦ ساعات	٥ جـ	أمر حفظ	الممرضة المسؤولة (الممثل الطبي المسؤول)
٢٨٠٣ يوما	٣٥	أمر إرجاء للتقييم	طبيب + قاض
٢٨٠٣ يوما	٣٦	أمر إرجاء للعلاج	طبيبان + قاض
٦أشهر+ ٦أشهر + ١٢ شهرا + (تحدد حسب المادة)	٣٧	أمر علاج (قضائي)	طبيبان + قاض
١٢ أسبوعا+ أقل من ٦ أشهر	٣٨	أمر تقييم (قضائي)	طبيبان + قاض
غير محدد	٤١	أمر قيد وحصر	طبيبان + قاض
الممثل الطبي المسؤول وطبيب مستقل + اختصاصي اجتماعي نفسي + الممرضة المسؤولة	٥٧	شهادة باحتمال حدوث آثار غير عكسية لنوع من العلاج [٧]	إقرار بالعلاج + موافقة خبير طبي آخر
الممثل الطبي المسؤول وطبيب مستقل + اختصاصي اجتماعي نفسي + الممرضة المسؤولة	٥٨	شهادة بخطر العلاج	إقرار بالعلاج أو موافقة خبير طبي آخر
٧٢ ساعة	١٣٦	أمر شرطة	ضابط شرطة

(٧) يقصد بها كل خلل يحدث بعد أي نوع من العلاج ، ويكون غير قابل للشفاء إطلاقاً "إلا أن يشاء الله" (المترجم).

قراءات إضافيـــة

Butler Report (1975). *Mentally Abnormal Offenders.* Her Majesty's Office, Cmnd 6244.

Gibbens, T.C.N. (1974). Preparing Psychiatric Court reports. *British Journal of Hospital Medicine,* 278-84.

Mack, J.E. (1975). *Bordering States in Psychiatry.* Grune & Stratton, New York.

Walker, N. (1965). *Crime and Punishment.* Churchill Livingstone, Edinburgh.

West, D.J. (1982). Delinquency: Its Roots, Careers and Prospects. In: Radzinowicz (Ed.) *Cambridge Studies in Criminology.* Heinemann, London.

Up to Date Reviews of Psychiatry and the Laws are to be found in the regular articles on forensic psychiatry in the *British Journal of Hospital Medicine, e.g.* Fenwick P.B.C. (1968). Automatism and the Law. *British Journal of Hospital Medicine,* 36, 397.

الفصل الثالث عشر

العلاج في الطب النفسي
Treatment in Psychiatry

مقدمة

يستخدم مصطلح العلاج بمعنى واسع في الطب النفسي، لأنه لا يعرف حتى الآن علاج محدد، حتى لتلك الأمراض ذات السبب المعروف، مما جعل العلاج في الطب النفسي يميل لأن يكون تجريبياً وانتقائياً. ومن هذه الناحية يبدو الطب النفسي تقريباً في وضع مشابه لحال الطب العضوي في عام ١٩٠٠م. ولذلك فإن العلاج يشتمل على جميع الإجراءات الممكنة (الجدول رقم ٥)، وذلك من أجل تحسين حالة المريض العقلية، وكذلك المساعدة في إعادة تأهيله وعودته إلى المجتمع.

وفي حين تبدو بعض العلاجات ذات فائدة أكبر في الحالات الحادة مثل العلاجات الجسدية (الأدوية وغيرها)، فإن علاجات أخرى تكون أجدى في إعادة التأهيل مثل العلاج الصناعي. وربما ساعدت العقاقير المهدئة على التحكم في المرض الحاد، حيث تساهم في إعادة ربط المريض بالواقع، وتساعده على الانخراط بنجاح في العلاج النفسي، وعلى الخروج بفائدة أكبر من البيئة العلاجية، آخذين في الحسبان كفاءة تلك البيئة وملاءمتها.

وللعادات الاجتماعية، أيضاً، دور مهم في تشكيل مظهر الأعراض النفسية، وإظهار سمات إضافية جديدة تتمثل في أنماط سلوكية فرضتها طبيعة المجتمع. ولقد أدّى إدراك ذلك إلى تقليل حدوث السلوك العدواني. ولذلك فإن المريض الذي يؤخذ عنوة إلى المستشفى، ويحتجز في غرفة مظلمة مبطنة الجدران يكون في الحقيقة أقل من الطبيعي، إن لم يتفاعل تجاه ما حوله بطريقة عدائية.

ومن المهم إدراك أن التنويم في المستشفى يستثير القلق عند المريض، وذلك راجع بالدرجة الأولى إلى عدم تفهّم المعالج لحقيقة معاناة المريض، وكذلك إلى شعور المريض بالاعتداء والامتهان لشخصيته ابتداء من لحظة دخوله إلى المستشفى، حيث يؤمر بخلع ملابسه والتمدد على السرير. وبعد ذلك كله، فإن أكثر ما يحدث في المستشفى يعزز لدى المريض شعوره بالعزلة وفقدانه لذاتيته. ولذلك فإنه إذا ما ازدادت هذه الظروف سوءاً بسبب تزايد فقدان ثقة المريض، فإن ذلك سيؤدي إلى زيادة القلق والشعور العدواني المكبوح لدى االمريض، واللذين يكثر حدوثهما في أقسام التنويم النفسانية غير المنظمة، والذي يشابه إلى حد كبير ما وصفه كافكا *(Kafka)* [1] في روايته المثيرة.

ولذلك فإن التخطيط المستقبلي للخدمات النفسانية (في إنجلترا وويلز) يجب أن يسهم بدرجة كبيرة في محو تلك النظرة الخاطئة، وإزالة القلق والخوف من التنويم في المستشفيات النفسانية. ويبدو أن الوحدات النفسانية في المستشفيات العامة - التي تعمل جنباً إلى جنب مع الخدمات المحلية - هي المكان الأمثل لتنويم المرضى دون أن تسبب أي أذى للمريض.

---

(١) هو فرانتز كافكا (١٨٨٣ ـ ١٩٢٤م) كاتب تشيكي، ولد في براغ، وكتب بالألمانية. من كتبه الدعوى، والقيصر. ويركز في كتبه الحديث عن تفاهة الحياة (المترجم).

الجدول رقم (٥). الطرق العلاجية المستخدمة لعلاج الأمراض النفسانية.

نوع المرض	العلاج	استخدام العلاج
نفسي	علاج نفسي علاجي سلوكي	يستخدم لعلاج الأعراض والأمراض النفسية والشخصية المرضية.
عضوي (جسدي)	عقاقير طبية مثل: المسكنات، المهدئات ومضادات الاكتئاب.	يستخدم في الذهانات الحادة، وأمراض الاكتئاب والأمراض النفسية المزمنة.
وظيفي (مهني)	العلاج بالعمل	يستخدم لتسلية وترفيه المريض، ودعم نشاطاته وميوله.
	العلاج الصناعي	يؤدي دوراً مهماً في إعادة التأهيل. وذلك بإعطاء المريض فرصة العمل والكسب في محيط خاص.

العلاج النفسي

العلاج النفسي الفردي

يعتمد العلاج النفسي على الاتصال اللفظي بين المريض والطبيب، وعلى مستوى العلاقة العلاجية بينهما. وأبسط أشكال هذا العلاج وأكثرها استخداماً هو العلاج المساند، وفيه يُشجَّع المريض على الحديث بحرية عن نفسه، وعن آلامه ومشكلاته، دون السعي في استكشاف الخلفية اللاشعورية لتلك الشكوى. وكذلك دون محاولة تبصير المريض بالأسباب المحتملة لمتاعبه. ويتم في هذا النوع من العلاج دعم دفاعات المريض وتجنب تحطيمها وتعريتها.

ويُعد التحليل النفسي هو العلاج الأكثر أهمية[٢] من بين أنواع العلاجات النفسية التحليلية الأخرى. ويستخدم مصطلح التحليل النفسي بمعنيين رئيسيين:

(٢) ليس الأمر كذلك في العصر الحديث، فالعلاج السلوكي والمعرفي هما الأكثر أهمية واستخداماً (المترجم).

ففي الأول يشير إلى نوع من أنواع العلاج النفسي، وفي الآخر يشير إلى المدرسة السيكولوجية التي أسسها فرويد.

وتدرس نظرية التحليل النفسي بنية الشخصية ونموها، مؤكدة على الدور الأساسي لخبرات مرحلة الطفولة في تكوين الشخصية. وقد بنى فرويد نظريته من خلا ل الملاحظات التي شاهدها على المرضى الذين قام بمعالجتهم . وقد أجرى أتباع فرويد بعض التعديلات على نظريته، لكن بقيت فرضيته حول السلوك البشري، وأنه يتحدد بشكل أساسي بواسطة القوى التي تتم في اللاوعي والحوافز المنبعثة من الحاجات الانفعالية الأولية أكثر من كونه يتحدد نتيجة لأسباب مباشرة.

وفي التحليل النفسي يسعى المحلل النفسي إلى استكشاف البنية الشخصية لدى المريض وتحويرها، وذلك من خلال الاستكشاف المطول والمكثف لحياة المريض العقلية اللاواعية، والذي يمكن تحقيقه من خلال التداعي الحر (*Free association*) حيث يستلقي المريض على أريكة أو سرير، مطلقاً لأفكاره العنان، وذلك من أجل التقاط أي انفعالات أو أحاسيس تدور في اللاوعي، لم يكن المريض سلفاً على دراية بها. والهدف من دعوة المريض للاستلقاء هو تقليل المثيرات البصرية التي ربما تعوق انطلاق أفكار المريض. ويقوم المحلل النفسي بتحليل المعاني الرمزية لأحلام المريض وتخيلاته، وتقديم ذلك له سعياً في مساعدة المريض نحو الاستبصار بنفسه. وتستغرق هذه العملية التحليلية في العادة وقتاً طويلاً.

ويكون التحليل النفسي مناسباً أكثر لأولئك الأشخاص ذوي الذكاء فوق المتوسط والقدرة الكلامية الجيدة. وتعترف جميع أساليب العلاج النفسي بالأهمية الأساسية للعلاقة التي تنشأ بين المريض والطبيب في جلسات العلاج النفسي، والتي يمكن أن تتفاوت تفاوتاً كبيراً، لأن المريض يطرح على طبيبه جميع

أحاسيسه وانفعالاته. ويقبل المحلل النفسي الجيد هذه العلاقة ويتعامل معها بوصفها جزءا من العملية العلاجية، والتي يقوم فيها المريض بنقل جميع المشاعر والأحاسيس التي قاساها وعاناها في فترات مبكرة من حياته تجاه بعض رموز حياته، كالوالدين مثلاً أو أي أحد كان له دور في نمو شخصيته، وتحويل ذلك كله تجاه الطبيب المعالج - والتي يشار إليها بمصطلح التحويل (الطرح) *(Transferance)*.

وينظر التحليل التفاعلي *(Transactional analysis)* إلى أسلوب حياة المريض وتفاعله مع الآخرين، فهو يسعى إلى إلغاء أي خلل في الفهم، أو استجابة غير متكيفة أو أي أسلوب غير مفيد في سلوك المريض. ولذلك فإنه من المفيد جداً العمل بشكل جماعي، من خلال إشراك العائلة وكذلك الاختصاصي الاجتماعي النفسي الذي يمكن أن يؤدي دوراً مهماً في العلاج العائلي *(Family therapy)*.

ويعد فهم ديناميكية العائلة عاملاً مهماً في التشخيص، كما تعد شخصية الطبيب من أهم وسائل العلاج. ولذلك يتعين على الطبيب أن يفهم شخصيته جيداً حتى يتمكن من علاج مريضه بكفاءة.

ويعد تحليل المحلل النفسي لشخصيته تدريباً ضرورياً له، لأن المعالج النفسي أياً كان اهتمامه وتوجهه، يحصل على فائدة كبيرة من تحليله لشخصيته. وإن لم يمكن ذلك فإن المعالج النفسي الجيد يجب على الأقل أن يكون ذكياً، سريع البديهة، صبوراً، وفوق ذلك كله مرناً.

ويكثر استخدام العلاج النفسي التحليلي مقارنة بالتحليل النفسي، لأنه أقل تعقيداً، وتميل أهدافه لأن تكون أكثر تحديداً مثل:

١ - إزالة الصراع.

٢ - البحث في المشكلات ورؤيتها من وجهة نظر أخرى.

٣ - التخفف من المشاعر المكبوتة.

ولا ينتهي العلاج النفسي الفردي عند التحليل النفسي، بل إن التحليل النفسي في الحقيقة أقل أنواع العلاج النفسي استخداماً، لأنه يحتاج وقتاً طويلاً وتكلفة كبيرة. وفي المقابل فإن معظم أنواع العلاج النفسي، تعد مدينة بدرجة كبيرة لنظرية التحليل النفسي، وإن لم تعترف بذلك أو تسلم به. وفي السنوات الأخيرة بدأ الاتجاه نحو العلاجات النفسية القصيرة المدى بعيداً عن العلاج بالتحليل النفسي التقليدي. وفي حين أن بعض هذه العلاجات الحديثة يركز على معنى الأعراض، مثل ما نوع المساعدة التي يحتاجها هذا المريض بصورة حقيقية؟، فإن بعضها الآخر يعطي تركيزاً خاصاً لأسلوب "هنا والآن " (Here and now)، وذلك من خلال توجيه المريض دوماً نحو حل مشكلة محددة يبدو أنه يتجنبها في حياته. وقد يظهر أن بعض العلاجات النفسية الأخرى غير محددة، لكنها توجه المريض نحو ترك الاعتماد على الآخرين، وتزيد عنده الثقة بالنفس. وتؤكد بعض العلاجات النفسية على حرية الفرد ومسؤوليته ليس نظرياً فقط باتباعها للمذهب الوجودي[٣] وإنما عملياً، أيضاً، من خلال تشجيع المريض على أن يكون مسؤولاً عن نفسه وتصرفاته، مع مساعدته في الوقت نفسه على النظر إلى ذاته بوصفه شخصا في هذا الوجود وعلى إدراك شيء من معنى وجوده.

---

(٣) للتفصيل أكثر حول هذا المذهب راجع كتاب الموسوعة الميسرة في المذاهب والأديان المعاصرة إصدار الندوة العالمية للشباب الإسلامي (المترجم).

العلاج النفسي الجماعي(٤)

ينصب الاهتمام في هذا اللون من العلاج على العلاقات المتبادلة بين أفراد المجموعة، وليس على العلاقات الفردية، كما هو الحال في العلاج النفسي الفردي. ويتشارك بعض أفراد المجموعة العلاجية في معايشة مشكلات بعضهم الآخر، ويصبح المرضى قادرين بصورة أوضح على معرفة العوائق والصعوبات التي يواجهها كل منهم في بناء العلاقات الشخصية المتبادلة وتحديدها من خلال انعكاس ذلك على تعامله مع مختلف أفراد المجموعة. إضافة إلى ذلك فإن الواحد منهم يصبح محط النقد والتشجيع والدعم من قبل أفراد المجموعة الآخرين.

وعمليا يجب أن تكون المجموعة صغيرة ـ حوالي ١٢ فردا ـ، متقاربي السن ويتساوى فيها عدد الذكور مع عدد الإناث(٥). ويجلس المعالج مع المجموعة، ويناقش معهم الموضوعات المختلفة بحرية تامة بوصفه واحدا منهم دون أن يوجههم أو يتحكم في مجرى النقاش بطريقة مباشرة، اللهم إلا أن يتيه الحوار في أمور لا علاقة لها بالموضوع، ويغلب عليها طابع الدفاع عن النفس، فإنه يتدخل ويوجه الحوار نحو الاتجاه السليم. ويقوم المرضى بدور نفسي يهدف إلى حل مشكلاتهم أثناء جلسة العلاج الجماعي، ولكن غالبا ما يتجنب المرضى أداء ذلك الدور بطرق مختلفة، وصفها يالوم *(Yalom)* في عام ١٩٨٧م، مثل السكوت المتواصل أثناء جلسة العلاج الجماعي، أو الحديث عن أمور ليست ذات علاقة بموضوع الحوار، كأحوال الطقس مثلا. وتكمن مهارة المعالج في تسخير القلق الموجود داخل الجماعة من أجل الحصول على أفضل أداء للدور النفسي من قبل أفراد الجماعة العلاجية.

---

(٤) ويترجمها آخرون: الجمعي (المترجم).

(٥) في المجتمعات المحافظة يتم علاج كل جنس بمعزل عن الجنس الأخر، وهو الأصوب في رأيي (المترجم).

ويؤدي القلق البسيط إلى حث غير كافٍ لأفراد الجماعة، كي يقوموا بأداء الدور النفسي المطلوب. ولذلك فإن الحرص على عدم التحكم في الجلسة العلاجية والبعد عن أسباب التوتر يؤديان إلى تحسن أداء المجموعة. وكلما زادت الثقة بين أفراد الجماعة زاد التلاحم بين أفرادها، مما يشجعهم على أداء دورهم النفسي الذي يهدف إلى التغلب على المشكلات الفردية.

ولعل السؤال الذي يطرح نفسه: لماذا تتزايد شعبية العلاج الجماعي؟ ربما لأن العالم - في نظر بعض المرضى - لا يقطنه لسوء الحظ ممرضات لطيفات وأطباء صبورون يجلسون ويستمعون لمحن المرضى ومصائبهم، وإنما هو مأهول بأناس بشعين، مثل الأزواج والوالدين والإخوة والأخوات والأطفال والجيران وغيرهم ممن هم مشغولون بأنفسهم فقط. ولأن الجماعة تشابه بدرجة كبيرة ذلك العالم الذي سيعود إليه المريض، فإن ذلك قد جعل العلاج النفسي الجماعي أكثر شيوعًا.

ولا يتعلم المريض من العلاج الجماعي المهارات الاجتماعية والثقة في طرح مشكلته على الجماعة فحسب، بل يتعلم، أيضاً، كيف يمنع حدوث الانتكاسة في المستقبل؟، وذلك من خلال حواره مع أفراد عائلته وأصدقائه وجيرانه.

ويُعد الأثر المسمّى أثر القاضي والمحلف فائدة أخرى للجماعة ومثاله: أن السجين في قفص الاتهام ربما نظر إلى حكم القاضي نظرة فيها شيء من الازدراء وعدم الموافقة، لأن القاضي في نظره غير مدرك للواقع، لكن ذلك السجين لا يستطيع أن يتجاهل رأي المحلف الذي يشاطره الحياة في ذلك الواقع؛ ولذلك يمكن للمريض أن يرفض ملاحظات الطبيب، لكنه لا يمكنه بسهولة أن يرفض ملاحظة زميله حين يقول مثلاً: (لو كنت زوجتك لهجرتك).

ومن الجدير قوله إنه بالإضافة إلى فعالية العلاج الجماعي فإنه اقتصادي جداً، كما ذكر ذلك بوفيل (*Bovill*) في عام ١٩٨٥م.

التفريغ أو التنفيس الانفعالي (*Abreaction*)

يطلق هذا الاسم على تلك الوسيلة العلاجية التي من خلالها يحيا المريض ثانية أحداثاً مهمة في حياته الماضية، التي يُعتقد أنها أسهمت بشكل أساسي في نشوء المرض. ويرافق هذه العملية العلاجية إطلاق للمشاعر المكبوتة. ولقد وجد فرويد أن ذلك يحدث لمرضاه خصوصاً تحت تأثير التنويم المغناطيسي[٦] (*Hypnosis*)، ويرى أنه من المفيد إحداث مثل تلك الحالات، لأن المريض سيستفيد من ذلك التفريغ العاطفي. وتستخدم طريقة التنفيس أو التفريغ الانفعالي بشكل خاص في حالات الهستيريا التحولية الحادة، التي تحدث نتيجة للمصائب والأحداث الجسام[٧] كالحروب مثلاً. ولقد استخدمت طرق مختلفة ــ غير التنويم المغناطيسي ـ من أجل إحداث حالة من تبدل الوعي تؤدي إلى التنفيس أو التفريغ الانفعالي. ومن أشهر تلك الطرق المستخدمة هي الحقن الوريدي البطيء لمحلول أميتال الصوديوم (تركيز ٥٪).

---

(٦) لا ينام المريض تحت تأثير هذا النوع من العلاج، ولا يستخدم فيه المغناطيس، كما يوهم اسمه بذلك؛ وإنما هو حالة يكون فيها الشخص قادراً على الاستجابة للإيحاءات من خلال حدوث تغيرات في إدراكه وذاكرته ومزاجه (المترجم).

(٧) ليس ضرورياً في الأحداث الجسام فقط، لأنه ربما تحدث في الأحوال الأقل شدة من ذلك، ومرد ذلك إلى درجة القابلية لدى شخصية المريض (المترجم).

العلاج السلوكي المعرفي

يطلق هذا الاسم العام على شكل جديد نسبياً من أشكال العلاج النفسي. وتتصل جذور العلاج السلوكي بعلم النفس السلوكي مقارنة بالعلاج النفسي، الذي يعتمد على علم النفس الديناميكي *(Dynamic psychology)*.

ويفسر علم النفس السلوكي سلوك الإنسان بناءاً على آلية المثير (المنبه) والاستجابة. وينظر إلى السلوك على أنه يتم تعلمه من خلال الإشراط البافلوفي[٨] *(Pavlovian conditioning)* الذي تتحكم فيه وسائل شتى، مثل اختزال (تقليل) الدوافع. ولذلك فإنه يمكن ببساطة تفسير السلوك العصابي بأنه سلوك غير متكيف، دون الحاجة لتفسير ذلك من خلال النظر للنمو الانفعالي المعقد للفرد.

ومن منطلق هذه النظرة للأمراض العصابية فإنه حينما يعالج العرض العصابي، فإن المرض يختفي أيضاً، على العكس تماماً من النظرة الديناميكية التي ترى الأعراض على أنها صور رمزية للصراع الداخلي.

ويقوم التفسير السلوكي لقلق الرهاب، على أن المريض قد تكوّن لديه الإشراط، بحيث يشعر بالقلق حينما يدرك إشارات محددة، وتدريجياً يتم تعميم هذه الاستجابات الشرطية (الشعور بالقلق)، إلى الحد الذي يصبح بالإمكان استثارتها بواسطة مجموعة كبيرة من الإشارات أو المثيرات. ويسعى العلاج

---

(٨) هي عملية تعلم تنتج عن ارتباط مثير مصطنع بمثير طبيعي، بحيث يؤدي هذا الارتباط إلى أن يستثير المثير المصطنع السلوك نفسه الذي يستثيره أصلاً المثير الطبيعي. وينسب هذا اللون من التعلم إلى العالم الروسي "بافلوف" الذي أجرى تجاربه على الكلب، حيث كان يدق جرساً قبل تقديم الطعام مباشرة إلى الكلب، فإذا بالكلب يستجيب للجرس بإفراز اللعاب بمجرد سماعه، وقبل أن يقدم له الطعام. فكأن الكلب قد قام بعملية ربط بين الجرس والطعام، فأصبح الجرس (المثير المصطنع) قادراً على أن يستثير السلوك الذي يستثيره المثير الطبيعي (الطعام)، وهو سلوك إفراز اللعاب (المترجم).

السلوكي لمحو هذه الاستجابات من خلال عملية سحب الحساسية (التطمين التدريجي) (*Desensitization*).

وتؤثر أنماط تفكير الفرد في سلوكه ومشاعره. ومن خلال سلسلة من الطرق العقلانية يمكن تغيير ذلك السلوك، وتلك المشاعر المضطربة. ولذلك فإن العلاج لا يمكن أن يكون ببساطة بواسطة الإشراط البافلوفي فقط، وإنما يجب أن يكون علاجاً معرفياً وتعليلياً أيضاً، كي يسارع بالشفاء ويشجع على الإذعان للعلاج، وذلك من خلال زيادة الدافعية والحماس للعلاج.

العــلاج الجســـدي

ليس ثمة حقل علمي آخر تبدو فيه الناحية التجريبية جلية بقدر ما تبدو في حقل الطب النفسي. فهناك الطرق العلاجية المختلفة والعقاقير المتنوعة التي تم قبولها بحماس كبير في بداية الأمر دون تدقيق أو نظر، لكن فيما بعد تم تقييمها بهدوء وروية، مما أدّى إلى التساؤل عن مدى جدوى استخدام هذه العلاجات. ومما لا شك فيه أن بعض أساليب العلاج الجسدي قد أثبتت فعاليتها ودورها العلاجي المهم، والذي أدّى إلى حدوث تغيير كبير في الطب النفسي.

العقاقير ذات التأثير النفسي (*Psychotropic Drugs*)

تقوم هذه العقاقير بالعمل على تعديل المشاعر والإدراك والسلوك والوعي. ولم يؤد علم دراسة العقاقير النفسية إلى تقديم مجموعة كبيرة من العقاقير فحسب، بل اقترح، أيضاً، آفاقاً جديدة للبحث في الأسباب الحيوية الكيميائية للأمراض النفسية. وتُعد نظرية الأمينات الدماغية (*Cerebral amine theory*)، التي تشرح أسباب الاكتئاب مثالاً على ذلك، والتي تفترض أن الاكتئاب يحدث

عند انخفاض تركيز الأمينات، في حين يحدث الهوس عند زيادة تركيزها. وتشمل هذه الأمينات كلا من النورأدرينالين والسيروتينين والدويامين.

وتعمل مضادات الاكتئاب الثلاثية الحلقة من خلال منع إعادة امتصاص الأمينات الحرة[٩]، في حين تعمل مثبطات إنزيم أكسدة الأمينات الأحادية *(MAOI)* من خلال منع أكسدة الأمينات، والتي تؤدي في كلتا الحالتين إلى زيادة تركيز الأمينات.

وتعد مضادات الذهان ومضادات الاكتئاب، والمهدئات، وأملاح الليثيوم أهم العقاقير النفسية.

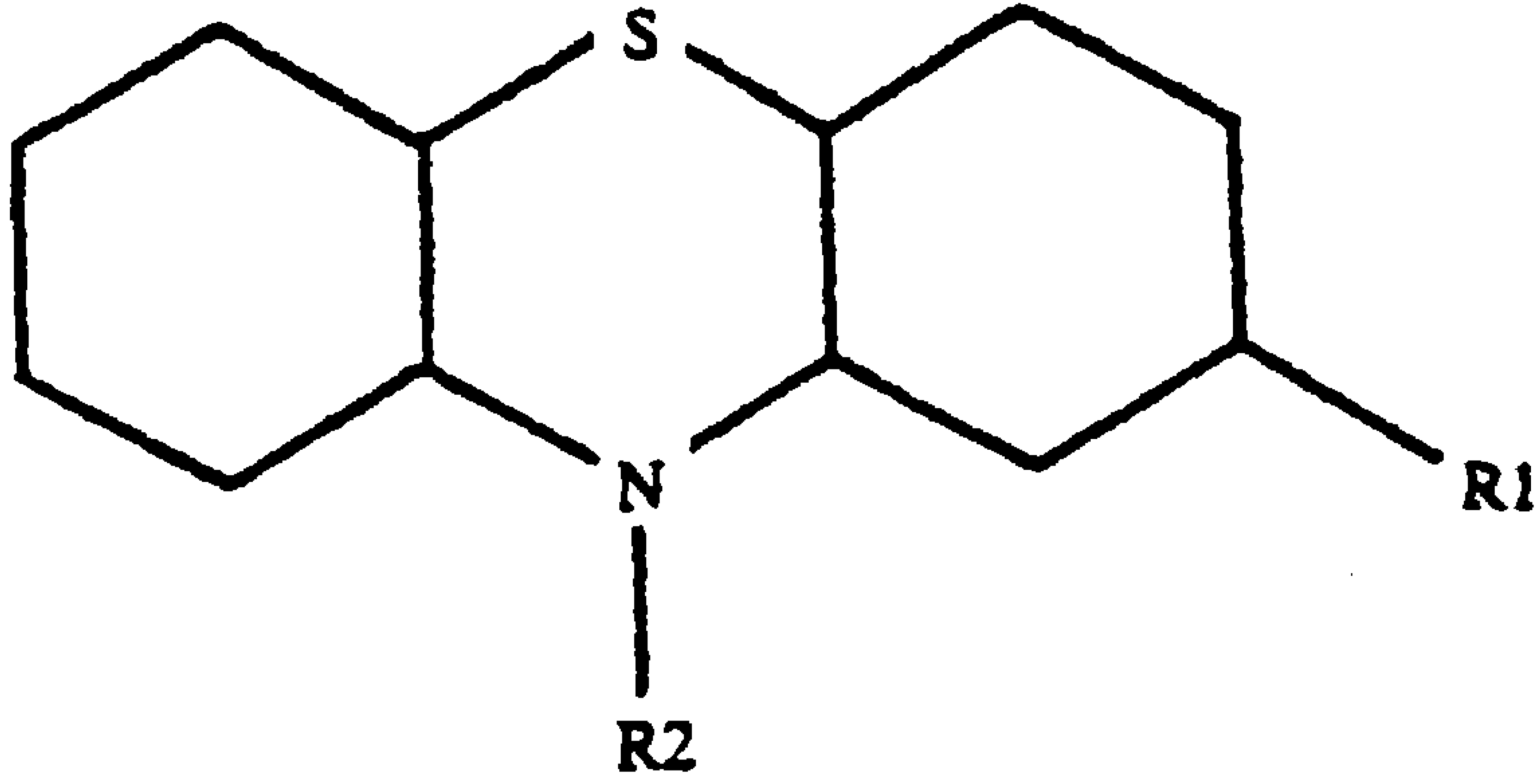
مضادات الذهان والمهدئات (*Neuroleptics and tranquilizers*)

تعرف المهدئات بأنها تلك العقاقير التي تعدل السلوك، لكنها تحدث ضعفا طفيفا في الوعي. وقد أخذت هذه العقاقير مكانها في الطب النفسي في عام ١٩٥٣م عندما تم اكتشاف الأثر المهدىء لعقار الكلوربرومازين، الذي يعد أول عقار من مجموعة الفينوثيازينات *(Phenothiazines)* يتم استخدامه. وتنتمي الغالبية العظمى من المهدئات انتي يكثر استخدامها إلى مجموعة الفينوثيازينات[١٠]، التي تتكون من ثلاث حلقات أساسية، وسلسلتين طرفيتين (R_1, R_2)، تختلفان من مركب إلى آخر (الشكل رقم ٨).

---

(٩) تفترض أحدث النظريات في علاج الاكتئاب أن تعاطي مضادات الاكتئاب ثلاثية ورباعية الحلقة يؤدي إلى تناقص عدد مستقبلات النورأدرينالين والسيروتينين، والذي ربما يفسر تلك الفترة الزمنية (٢ - ٤ أسابيع) اللازمة لظهور الأثر الفعال لمضادات الاكتئاب (المترجم).

(١٠) لقد تغير هذا الأمر بعض الشيء في السنوات الأخيرة (المترجم).



شكل رقم (٨): تركيب عقاقير الفينوثيازينات.

وللكلوربرومازين (اللارجكتيل) فعالية كبيرة في تهدئة التهيج الذهاني سواء كان منشؤه عضويا أم وجدانيا أم فصاميا. وحتى مع استخدامه الواسع في علاج مرضى الذهان المزمنين، فإن فعاليته ما زالت غير أكيدة. ويمكن إعطاء الكلوربرومازين عن طريق العضل، وكذلك عن طريق الفم في جرعات متفرقة يمكن أن تصل إلى ٦٠٠ مجم يوميا حدا أقصى[١١]، مع أنه من النادر أن تكون هناك حاجة لإعطاء أكثر من ٤٠٠ مجم يوميا. ولهذا العقار أعراض جانبية خطيرة[١٢] مثل: فقر الدم ونقص كريات الدم البيضاء المحببة *(Agranulocytosis)*، واليرقان *(Jaundice)*، إضافة إلى بعض الآثار الجانبية الأقل أهمية مثل: نوبات انخفاض ضغط الدم، والحساسية من الضوء، والتهاب الجلد. كما يزيد الكلوربرومازين من فعالية الباربيتيورات والكحول وأدوية التخدير، والعقاقير المخدرة.

---

(١١) يمكن تجاوز هذه الجرعة في بعض الحالات (المترجم).

(١٢) لكنها قليلة الحدوث (المترجم).

أما عقار الهالوبريدول فهو فعال بشكل خاص في علاج ازدياد النشاط الحركي عند مرضى الهوس ومرضى الفصام المتهيجين. وتتراوح الجرعة بين ٥ و١٠٠ مجم يوميا، وتختلف حسب شدة المرض. ويتوافر هذا العقار، أيضا، في شكل محاليل زيتية طويلة المفعول[١٣] تحقن في العضل، كما يمكن إعطاء هذا العقار عن طريق الوريد لأنه ذو فائدة في علاج الهذيان الارتعاشي الحاد[١٤]. ولا يعد الهالوبريدول من ضمن مجموعة الفينوثيازينات، لكنه يستخدم للغرض العلاجي نفسه الذي تستخدم من أجله الفينوثيازينات.

ويماثل الثايوريدازين (الميليريل) في جرعته الكلوربرومازين، لكن مفعوله وكذلك آثاره الجانبية أقل، ولا يؤدي إلى النعاس بالدرجة نفسها التي يؤثر بها الكلوربرومازين.

ويعتقد أن لعقار الترايفلوبيرازين (الستيلازين) فعالية في علاج الهلاوس وتأثيرا منبها، على عكس الفينوثيازينات الأخرى ذات الأثر المسكن. ويستخدم هذا العقار بكثرة في علاج الحالات الحادة والمزمنة من مرضى الفصام. ويمكن إعطاء الترايفلوبيرازين عن طريق الفم، وغير الفم في جرعات متفرقة، تتراوح بين ٥ و٤٠ مجم. كما توجد دلائل تشير إلى أن الجرعات القليلة من هذا العقار (٣مجم ثلاث مرات يوميا) مفيدة في علاج حالات القلق المزمنة.

الفينوثيازينات الطويلة المفعول

نظرا لعدم تعاون مرضى الفصام المزمنين في تعاطي العقاقير عن طريق الفم، فقد شاع استخدام الفينوثيازينات ذات المفعول الطويل عن طريق الحقن في

---

(١٣) يمتد مفعولها في الجسم لمدة تتراوح بين ٢ و٤ أسابيع (المترجم).

(١٤) يفضل عدم استخدامه عن طريق الفم في علاج الهذيان الارتعاشي الحاد الا عند الضرورة القصوى، لأنه يجعل المريض أكثر عرضة لحدوث الصرع الذي يحرص الطبيب أساسا على منع حدوثه (المترجم).

العضل. وهذه المستحضرات مذابة في مادة زيتية[١٥]، ومن أشهرها: الفلوبنثيكسول (ديبيكسول) والفلوفينازين (موديكيت) والفلزبيريلين (ريديتين) والبايبوثيازين (بايبورتيل)، بالإضافة إلى أنواع أخرى مثل الزكلوبنثيكسول (الكلوبيكسول).

ويمكن أن تحدث آثار جانبية في المسارات العصبية خارج الهرمية *(Extrapyramidal side effects)* مثل تفاعلات خلل التوتر الشديدة، نتيجة لاستخدام هذه المستحضرات. ومن الشائع إعطاء مضادات الكولين *(Anticholinergics)* عن طريق الحقن في العضل عند إعطاء تلك المستحضرات[١٦]. ويُعطى المريض ابتداء جرعة اختبار بسيطة، وذلك لاختبار احتمالية حدوث آثار جانبية، ثم تتبعها بعد ذلك الجرعة الشهرية الكاملة.

الآثار الجانبية للفينوثيازينات

هي في الغالب أعراض عصبية بسبب آثار تلك العقاقير خارج الجهاز الهرمي[١٧] وتشمل:

١ - التململ والقلق الحركي الذي يؤثر بشكل خاص في السيقان *(Akathesia)*.

٢ - صلابة تعبيرات الوجه.

٣ - ازدياد توتر العضلات *(Tonus)* في جميع الأطراف الأربعة.

} (مرض الشلل الرعاش) *(Parkinsonian syndrome)*

---

(١٥) ولعل هذا ما يفسر بقاءها في الجسم لمدة طويلة (المترجم).

(١٦) من النادر إعطاء مضادات الكولين بهذه الطريقة إلاّ في الحالات الإسعافية عند ظهور الآثار الجانبية الشديدة. أما في العادة فهي تعطى على شكل أقراص للعلاج والوقاية من تلك الآثار الجانبية (المترجم).

(١٧) خارج الجهاز الهرمي هو جهاز يتكون من مجموعة من الأنوية والأغشية والألياف العصبية في المخ (المترجم).

٤ - البروز المتواصل للسان مع حركات لا إرادية في الفم.

٥ - حركات اختلال التوتر *(Dystonic movements)* في الرأس والعنق.

ويمكن التحكم بهذه الآثار الجانبية[(١٨)] باستخدام مضادات الكولين، والتي يجب تجنب استخدامها بطريقة روتينية[(١٩)]. وربما ظهر ت متلازمة عسر الحركة المتأخر *(Tardive dyskinesia)* لدى المرضى، الذين تتم معالجتهم بالفينوثيازينات الطويلة المفعول[(٢٠)]. وتتكون هذه المتلازمة من حركات مستمرة في الوجه مع تغير في قسماته، وكذلك بروز اللسان. ومن المؤسف أن هذه الآثار لا تزول عند إيقاف العلاج.[(٢١)]

مضـــادات الاكتئـــاب

تصنف مضادات الاكتئاب إلى مجموعتين رئيستين:[(٢٢)]

(أ) العقاقير الثلاثية الحلقة *(TCA)*.

(ب) مثبطات إنزيم أكسدة الأمينات الأحادية *(MAOIs)*.

وتعد الأمفيتامينات ومشتقاتها أولى العقاقير التي استخدمت في علاج الاكتئاب، وتتميز برخص ثمنها وخلوها من الآثار الجانبية الشديدة. لكن للأسف

---

(١٨) التململ والقلق الحركي *(Akathesia)* يفضل علاجه إما بتقليل جرعة مضاد الذهان أو تغييره، أو إضافة عقار آخر خصوصا مغلقات مستقبلات بيتا *(B - blockers)*. كما يمكن أن تكون البنزوديازيبينات وكذلك مضادات الكولين ذات فائدة في بعض الحالات (المترجم).

(١٩) تجنبا لظهور آثارها الجانبية (المترجم).

(٢٠) كما يمكن أن تحدث لدى المرضى الذين يتناولون الفينوثيازينات على شكل أقراص (المترجم).

(٢١) بل تزداد في العادة عند إيقاف العلاج، لكن ربما تخف حدتها مع مرور الوقت (المترجم).

(٢٢) وهناك مجموعات أخرى مثل العقاقير الرباعية الحلقة والأحادية الحلقة ومثبطات استرجاع السيروتينين *(SSRI)* وغيرها كثير (المترجم).

أنه من السهل إساءة استخدامها بحثاً عن المتعة، فضلاً عن عدم كفاءتها في علاج حالات الاكتئاب الشديدة.

مضادات الاكتئاب الثلاثية الحلقة

يوضح جدول (٦) مضادات الاكتئاب الثلاثية الحلقة التي يكثر استخدامها. ويبدو أن مضادات الاكتئاب تعمل بطرق مختلفة، فمنها ما يعمل بشكل خاص عن طريق منع امتصاص السيروتينين مثل: الأميتربتيلين والأميبرامين والكلوميبرامين، بينما تعمل مجموعة أخرى بشكل خاص عن طريق منع امتصاص النورأدرينالين مثل: النورإبرامين والبروتريبتيلين والنورتريبتيلين.

وقد تم التحقق حديثاً من أن نصف العمر[٢٣] لهذه العقاقير طويل يكفي لإعطاء أي منها في جرعة واحدة يومياً، دون الحاجة لإعطائها في جرعات متفرقة. ومن الشائع إعطاء تلك الجرعة ليلاً.

الآثار الجانبية لمضادات الاكتئاب الثلاثية الحلقة[٢٤]

هناك مجموعة كبيرة من الآثار الجانبية لكن أكثرها شيوعاً هي:

١ - في الجهاز الدورى: ارتفاع ضغط الدم، و انخفاض الضغط الشرياني عند القيام *(Orthostatic Hypotension)*، والخفقان، و تسارع نبضات القلب واضطرابها.

٢ - الأعراض الناتجة من أثر مضادات الاكتئاب في مضادة الكولين: جفاف الفم، والغثيان، و القيء، والإمساك، واحتقان البول، وصعوبة تكيُّف

---

(٢٣) نصف العمر هو مقدار الوقت المطلوب لتأيض *(metabolism)* وإخراج نصف أعلى مستوى للعقار في الدم (المترجم).

(٢٤) ليس بالضرورة حدوث كل هذه الآثار الجانبية، بل في الغالب يحدث شيء بسيط منها، وترتبط إلى حدما بمقدار الجرعة (المترجم).

العين *(Accommodation)*، وتوسع بؤبؤ العين، و تشوش النظر، والتهاب الغدد تحت اللسانية وكذلك التعرق.

٣ - في الجهاز العصبي المركزي: حالات التشوش، والتهيج، والاضطراب، وقلة النوم، وتنمل الجسم *(Paraesthesia)*، والإحساس بمثل الوخز الخفيف، والرنح في المشي، والرعشة، ونوبات الصرع.

٤ - في الجلد (أعراض عامة): طفح جلدي *(Rashes)*، والحساسية من الضوء، والحكة، وكذلك الوذمة(٢٥) *(Edema)* خصوصا في الوجه واللسان.

٥ - أعراض أخرى مثل فشل الانتصاب، والشعور بالدوار، والإحساس بالإرهاق والتعب، وكذلك زيادة الوزن أو نقصانه.

٦ - أعراض جانبية نادرة والتي تشمل: احتشاء عضلة القلب، وحصر قلبي *(Heart block)*، وأعراض جانبية في المسارات العصبية خارج الهرمية، والانسداد المعوي الشللي *(Paralytic ileus)*، وضعف نشاط نخاع العظم، ونقص كريات الدم البيضاء المحببة، و البرفرية(٢٦) *(Purpura)*، ونقص الصفائح الدموية *(Thrombocytopenia)*، واسوداد اللسان، و تضخم الثدي وانتفاخ الخصية عند الرجال، و تضخم الثدي وإدرار الحليب عند النساء، وكذلك الحاصة (الصلع) (تساقط الشعر) *(Alopecia)*.

---

(٢٥) زيادة في تجمع سوائل الجسم في منطقة ما، مثل بعض الأنسجة أو فجوات الجسم المختلفة (المترجم).

(٢٦) هى عبارة عن حدوث نزيف في الشعيرات الدموية بسبب أي خلل في الصفائح الدموية أو زيادة في نفاذية تلك الشعيرات الدموية (المترجم).

الجدول رقم (٦). الاستخدام الشائع لمضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة.

الاسم العلمي	الاسم التجاري	الجرعة اليومية (مجم)[٢٧]	ملاحظات
إميبرامين (Imipramine)	توفرانيل (Tofranil)	٧٥ - ٢٠٠	أول مضاد اكتئاب تم اكتشافه. وأكثرها فعالية
نورتربتيلين (Nortriptyline)	أفنتايل (Aventyl)	٧٥ - ١٠٠	منشط بسيط[٢٨] (Mildly stimulant)
بروتربتيلين (Protriptyline)	كونكوردين (Concordin)	١٥ - ٤٥	منشط[٢٩] بسيط، مع خطورة حدوث زيادة سرعة نبضات القلب واضطرابها
إبريندول (Iprindole)	بروندول (Prondol)	٤٥ - ٩٠	منشط ([٣٠]) بسيط
أميتربتيلين (Amitriptyline)	تريبتيزول (Tryptizol)	٧٥ - ٢٠٠	منوم ولذلك يعطى في جرعة واحدة ليلاً
تريميبرامين (Trimipramine)	سيرمونتيل (Surmontil)	٧٥ - ١٥٠	منوم ولذلك يعطى في جرعة واحدة ليلاً.
دوكسيبين (Doxepin)	سينيكوان (Sinequan)	٧٥ - ١٥٠	منوم - فعال في إزالة القلق.
دوثيبين (Dothiepin)	بروثيادين (Prothiaden)	٧٥ - ١٠٠	منوم.
كلوميبرامين (Clomirpamine)	أنافرانيل (Anafranil)	٧٥ - ١٠٠	منوم - مفيد في علاج الوسواس- يتفاعل بطريقة سيئة مع الكحول.
لوفيبرامين (Lofepramine)	قامانيل (Gamanil)	١٤٠ - ٢١٠	أعراضه الجانبية قليلة.

(٢٧) الجرعة المذكورة ليست دقيقة جداً، بل يمكن تجاوزها (المترجم).

(٢٨)، (٢٩)، (٣٠) ليس لهذه الأدوية أثرمنشط واضح لكنها ربما لا تسبب الخمول بوضوح مثل غيرها (المترجم)

ومما يجب ملاحظته أن مضادات الاكتئاب الثلاثية الحلقة توصف بشكل واسع، والذي ربما كان أكثر من ما يجب في بعض الأحيان. وفي الجرعات العالية ـ وأحيانا في الجرعات العلاجية ـ تزداد نسبة حدوث الأعراض الجانبية، وكذلك احتمالية الموت نتيجة توقف القلب أو اضطراب خفقانه. ولذلك يجب استخدام هذه العقاقير بحذر. كما أن الوقت قد حان لإعادة النظر بجدية في الاستخدام الواسع لها، لأنه مما لاشك فيه أن عددا كبيرا من الناس الذين يشكون فقط من عدم السعادة تصرف لهم هذه الأدوية، ويتعرضون لخطرها مع أنهم غير مكتئبين حسب التعريف النفسي للاكتئاب.

وما يجب أن نتذكره هو أنه ليس كل إنسان غير سعيد يراجع الطبيب النفساني هو بالضرورة مريض بالاكتئاب.

مثبطات إنزيم أكسدة الأمينات الأحادية *(Maoi)*

لقد لوحظ الأثر الانتعاشي لهذه العقاقير لأول مرة، عند استخدام عقار *(INH)* المستخدم في علاج مرض السل(الدرن) . ومنذ ذلك الحين بدأ استخدام مجموعة كبيرة من العقاقير، لعل من أشهرها: الأيزوكاربوكسيد (الماربلان) والذي تتراوح جرعته بين ١٥ و ٣٠مجم ثلاث مرات يوميا، والفينيلزين (النارديل) والذي تتراوح جرعته أيضا بين ١٥ - ٣٠مجم ثلاث مرات يوميا، والترينيل سيبرومين (البارنيت)، والذي تتراوح جرعته بين ١٥ مجم ثلاث مرات و ١٥ مجم أربع مرات يوميا.

الأعراض الجانبية لمثبطات إنزيم أكسدة الأمينات الأحادية

١ - زيادة تأثير الباربيتيوريت والكحول والمهدئات والأفيون والبيثيدين. ولهذا السبب فإنه من الخطورة استخدامها للمرضى الذين قد يخضعون للتخدير في وقت ما.

٢ - حدوث حالات تهيج واستثارة.

٣ - انخفاض ضغط الدم.

٤ - زيادة مفاجئة في ضغط الدم، تحدث عند أولئك المرضى الذين يتناولون الأغذية التي تحتوى على التيرامين، مثل الجبن وخلاصة الخميرة، وغشاء بذرة الفول. ولذلك يجب تحذير المرضى من تناول هذه الأغذية[٣١]. ومن أعراض هذه النوبات حدوث صداع شديد يشابه إلى حد كبير الصداع الذي يحدث عند المرضى المصابين بالنزف في تجويف تحت الطبقة العنكبوتية في المخ *(Subarachnoid haemorrhage)*

٥ - تلف الكبد وضرره: والذي يحدث بشكل أكبر عند استخدام مجموعة الهيدرازين (الفينيلزين، الأيزوكاربوكسسيد).

٦ - بالإضافة لبعض الأعراض الجانبية الشائعة الأخرى مثل الوذمة، وفشل الانتصاب، وعدم بلوغ الهزة الجنسية، وجفاف الفم، وتشوش الرؤية، وكذلك الإمساك.

ومن الخطورة الجمع في العلاج بين مضادات الاكتئاب الثلاثية الحلقة ومثبطات إنزيم أكسدة الأمينات الأحادية، ولذلك يفضل تجنب الجمع بينهما.

ملاحظات عامة حول استخدام مضادات الاكتئاب

تستخدم مضادات الاكتئاب بشكل واسع، لكنه لا يوجد، حتى الآن، اتفاق عام حول مدى فعاليتها وطريقة تأثيرها؛ لأن الدراسات التي أجريت في

---

(٣١) وكذلك الكحول وكبد الدجاج والبقر واللحوم والأسماك خصوصاً المشوية ولب البرتقال والنقانق وغيرها. كما ينبغي التقليل بدرجة كبيرة من الزبادي والطماطم والسبانخ والزبيب والخوخ والباذنجان والموز وغيرها (المترجم).

هذا المجال قد أظهرت نتائج متباينة. ففي حين يعتقد بعض الباحثين أن هذه العقاقير تحدث أثراً محدداً من خلال آلية الاكتئاب المفترضة، فإن آخرين يفترضون أنها تعمل فقط من خلال أثرها المسكن للقلق والتهيج.

ولقد أشارت مجموعة من الأبحاث إلى أن نسبة عالية من مرضى الاكتئاب يشفون بصورة طبيعية دون الحاجة إلى العلاج، ولعل هذا يفسر الحماس المتزايد في دراسة مضادات الاكتئاب. ومهما يكن الأمر، فقد أصبح الأطباء أكثر إدراكاً لمرض الاكتئاب، وزادت قناعتهم بمدى الحاجة إلى الاعتناء به وعلاجه.

العقاقير المستخدمة في علاج القلق

لقد حلت البنزوديازيبينات محل الباربيتيوريت في علاج القلق، وتشمل كلاً من:

١ - كلورديازيبوكسيد (ليبريم): ١٠ - ٤٠ مجم ثلاث مرات يومياً.

٢ - ديازيبام (فاليام): ١٠ - ٤٠ مجم ثلاث مرات يومياً.

٣ - لورازيبام (أتيفان): ٠,٥ - ٢ مجم ثلاث مرات يومياً.

٤ - أوكسازيبام (سيرينيد): ٣ - ١٠ مجم ثلاث مرات يومياً.

ويستخدم النيترازيبام (موقادون) والتيمازيبام (نورميزون) والتريازولام (هالسيون) بشكل شائع عقاقير منومة لعلاج الأرق (عدم القدرة على النوم). ولا يوجد اختلاف بين المهدئات والمنومات سوى في وقت تعاطيها خلال اليوم. وتحدث صعوبة النوم عادة بسبب المشكلات التي تحدث خلال النهار، ولذلك فإنه من الخطأ علاج الأرق بوصفه عرضا دون علاج السبب الكامن وراءه.

إضافة إلى ذلك فإن البنزوديازيبينات تمنع حدوث الأحلام، ويحدث تحمل الجسم (*Tolerance*) لمفعولها المنوم بصورة سريعة، ولذلك فإن أثرها الفعال يختفي بعد فترة قصيرة من استخدامها. ومع أنها تؤدي إلى الإدمان، وكذلك إلى ظهور الأعراض الانسحابية على شكل قلق رهابي عند التوقف عن تعاطيها، فإنه لحسن الحظ أن هذا الأمر من السهل جدا علاجه.

الفيتامينات

تستخدم الجرعات العالية من مجموعة فيتامين (ب) - بشكل روتيني - في علاج:

(أ) الهذيان الارتعاشي.

(ب) حالات تشوش الوعي دون الحادة.

كما يستخدم البيريدوكسين (فيتامين ب٦) بطريقة تجريبية في علاج التوتر الذي يسبق الدورة الشهرية.

العلاج بالرجفة المحدثة كهربياً

تعد الرجفة المحدثة كهربيا علاجاً فعالاً مع أن طريقة تأثيرها مازالت غير معروفة، إضافة إلى أن البعض ينظر إلى استخدامها بشيء من الشك. وتفترض بعض نظريات الفسيولوجيا العصبية أن التشنج يغيّر حالة تكيف الجهاز العصبي المركزي، أو أنه يغيّر مستوى يقظته بطريقة أو بأخرى. ويرى باحثون آخرون ــ ممن يؤيدون استخدام الرجفة المحدثة كهربياً - أنه بطريقة غير معروفة فإن التشنج يغيّر التوازن في الآلية المركزية لتنظيم المزاج.

ويفترض أولئك الذين يرفضون رفضاً باتاً استخدام هذا النوع من العلاج بأنه ضرب من العلاج بالصدمات المفاجئة، حيث تصعق المريض فتغير سلوكه، كما كان يحدث للمرضى في الماضي حينما كانوا يُعالجون عن طريق غمرهم المفاجيء في الماء أو جعلهم يدورون بسرعة على كرسي دوّار. كما يظن بعضهم أن فقدان الوعي المفاجيء هو السبب في تحسن حالة المريض. ومع ذلك كله فإن الإجماع حول فائدة الرجفة المحدثة كهربياً أقوى من نظيره حول فائدة العقاقير. وللرجفة المحدثة كهربياً جدوى خاصة في علاج الذهول الاكتئابي *(Depressive stupor)*، وكذلك في علاج ذهان ما بعد الولادة (ذهان النفاس).

ونظراً لانطواء هذا العلاج على بعض الخطورة[٣٢]، فإن ذلك يستلزم موافقة المريض، أو موافقة خبير طبي آخر.

تقنية العلاج بالرجفة المحدثة كهربياً

يصدر من آلة الرجفة الكهربائية مائة فولت في الثانية الواحدة، والتي تؤدي إلى فقدان مباشر للوعي، يتبعه بعد ذلك حدوث التشنج. ومن المعتاد في هذه الأيام إحداث رجفات محوّرة، وذلك عن طريق التخدير بواسطة الحقن الوريدي لعقار الثيوبنتان (٢٠٠ - ٢٥٠مجم في محلول تركيزه ٥٪)، بالإضافة إلى حقن الوريد بعقار مرخ للعضلات (مثل سكولين أو بريفيديل)، وذلك منعاً لحدوث

---

(٣٢) لكن هذه الخطورة إجمالا ليست أكثر من خطورة مضادات الاكتئاب، إضافة إلى أن الرجفة الكهربائية علاج فعال خصوصاً لبعض أنواع الاكتئاب (مثل الاكتئاب الشديد الذي تقل فيه حركة المريض، ويكون مصحوباً بالضلالات، ونقص الوزن والاستيقاظ في الصباح الباكر). ويبدو أن للإعلام دوراً في تشويه صورة هذا اللون من العلاج، مما أدى إلى خوف الناس من التداوي به (المترجم).

أي أذى نتيجة لانقباض العضلات بشدة. كما يستخدم الأكسجين لمساعدة المريض على التنفس. بعد ذلك يتم إحداث الرجفة متمثلة في التشنج، والتي يستعيد المريض بعدها وعيه (خلال عشر دقائق)، ولا يتجاوز الألم الذي يشعر به أكثر من شعوره بوخزة الإبرة في ذراعه. ويُعطى الأتروبين[٣٣] (٠,٦ مجم) في الوريد مع الثيوبنتان (عقار البنج).

ويتم العلاج بالرجفة مرتين[٣٤] أسبوعياً، كما يقيّم المريض بين الرجفات. ولايوجد عدد محدد لهذه الرجفات العلاجية، لكن يفضل التوقف عند تحسن المريض. وعلى العموم فمن النادر الحاجة لأكثر من ١٢ رجفة.

مخاطر العلاج بالرجفة المحدثة كهربيا

(أ) أساسية

١ - مخاطر التخدير المعتادة.

٢ - مخاطر خاصة بالجهاز الدوري مثل: التسبب في عدم اتساق نبضات القلب.

٣ - تضرر اللسان والأسنان والعظام (العظام الطويلة، عظم لوح الكتف، الكسور الشديدة في الفقرات)[٣٥].

---

(٣٣) يعطى الأتروبين من أجل تقليل السوائل في الفم حتى لايتم بلعها أثناء البنج، وكذلك من أجل زيادة نبضات القلب نظرا لتناقص نبضات القلب بعد الرجفة الكهربائية. كما يمكن إعطاء الرجفة دون استخدام الأتروبين (المترجم).

(٣٤) أوثلاث مرات كما هو شائع في شمال أمريكا (المترجم).

(٣٥) يمكن أن ينجرح اللسان بسبب عض المريض عليه عند حدوث التشنج. لذلك ينصح باستخدام حاجز واق بين الفكين، كما يمكن أن تتضرر الأسنان نظرا لشدة ضغط الفكين بعضهما على بعض، إضافة لاحتمال حدوث الكسور في مختلف العظام، خصوصا إن تم العلاج بدون تخدير وبدون مرخ للعضلات (المترجم).

(ب) ثانويــــة

٤ - انقطاع الدورة الشهرية. ٥ - الصداع. ٦- الحروق[٣٦].

٧- فقد الذاكرة.[٣٧] ٨- حالات تشوش الوعي[٣٨].

الجراحــة النفسيــة

لا تستخدم الجراحة النفسية في الوقت الحاضر بشكل واسع، كما كانت عليه في الماضي. وقد تم استبدال طرق الجراحة الأولية المتمثلة في عملية بضع الفص الجبهي *(Leucotomy)* بطرق أكثر تطورا وجراحة مقتصرة على قطع الروابط الواصلة بين الفصوص الجبهية والسرير البصري(المهاد البصري)[٣٩] *(Thalamus)*.

كما تم تجربة عمليات أخرى مثل استئصال الحزام[٤٠] *(Cingulectomy)* والتي أظهرت أحسن النتائج في حالات التوتر المزمن خصوصا إذا كان الاكتئاب أو الوسواس هو منشأ ذلك التوتر. ومن النادر ظهور نتائج جيدة للجراحة النفسية في حالات الفصام المزمن. ومع أن الجراحة النفسية لا يتم إجراؤها على نطاق واسع، فإنه مازالت لها مكانتها في الحالات المنتقاة بعناية، وذلك من أجل علاج

---

(٣٦) إن حدثت فهي بسيطة جدا، ويمكن تجنب حدوثها باستخدام مادة هلامية توضع في مكان اتصال القطبين الكهربائيين *(Electrodes)* بالرأس (المترجم).

(٣٧، ٣٨) إن حدثت فهي بسيطة ومؤقتة في غالب الأحيان (المترجم).

(٣٩) هو كتلة بيضاوية من نسيج المخ الرمادي. ويتكون من مجموعة من الأنوية التي تؤدي دوراً مهماً في نقل الإشارات الحسية من المخ وإليه (المترجم).

(٤٠) الحزام هو مجموعة سميكة من الألياف الطويلة التي تربط الجزء الأيمن بالجزء الأيسر من الدماغ (المترجم).

أعراض التوتر المزمنة. وبما أن ما يتم إجراؤه في هذا النوع من الجراحة لا يمكن تصحيحه فيما بعد، فإنه يلزم الحصول على موافقة المريض على الجراحة إضافة إلى موافقة خبير طبي آخر.

العلاج المهني

العلاج بالعمل:

لقد تم منذ سنوات طويلة إدراك أن العمل وسيلة لصرف انتباه المريض المضطرب. وللمعالج بالعمل في هذه الأيام مجال واسع من النشاطات التي يمكن أن يقدمها للمريض النفساني، والتي تشمل بعض الأعمال الفنية والحرفية التي يمكن أن تهدىء مريض القلق، وتحيي المتعة لدى المكتئب القليل النشاط. كما يمكن تكليف المريض المصاب بتلف دماغي بشيء من الواجبات والمهمات التي ربما تمنحه شيئاً من الشعور بالرضا، وتساعد على شفائه.

ويمكن للمعالج بالعمل تقييم قدرات المريض والمساعدة في إعداد البيئة المناسبة له. وفي برامج إعادة التأهيل يساعد قسم العلاج بالعمل في التخطيط لعمل برنامج نشاط يومي، من أجل إعداد المريض للعودة إلى مجتمعه من خلال مساعدته في اكتساب مهارات جديدة أو تطوير مهاراته الأصلية. ومن هذا المنطلق يمكن مساعدة ربة المنزل في اكتساب شيء من المهارات، وذلك من خلال تزويد قسم العلاج بالعمل بوحدة للطبخ. ولكي يكون العلاج بالعمل مثالياً فإنه يجب أن يكون واقعياً ومتنوعاً، وأبعد مايكون عن الصورة التقليدية، المتمثلة في صنع السلال وأدوات الزخرفة غير المفيدة.

العلاج الصناعي

وهو محاولة مساعدة المريض من خلال تنسيق برنامج عمل يومي له ومنحه أجرة منتظمة، مع إمداده بالإمكانات اللازمة للعمل خارج المستشفى. ويهيئ هذا النوع من العلاج بيئة عمل خاصة للمرضى المزمنين، حيث يمكنهم من تعلم مهارات جديدة وممارستها، وكسب الثقة في أنفسهم.

وفي العديد من المستشفيات تقوم الأعمال المهنية البسيطة، وما شابهها على أساس التعاقد مع الشركات المحلية، وحين يثبت المريض كفاءته في تلك الأعمال البسيطة داخل المستشفى فإنه يذهب لاحقاً للعمل خارجه.

ويعد إعادة تأهيل المرضى - خصوصاً مرضى الفصام - مهمة صعبة، وذلك نظراً للحاجة إلى تعليمهم المهارات بصفة تدريجية، إضافة إلى التشجيع المتواصل والإشراف والتقييم المستمر. ويساعد الطبيب في مهمته تلك كل من:

١ - الممرضون ذوو التدريب الخاص والخبرة الجيدة.

٢ - الاختصاصيون النفسيون.

٣ - الاختصاصيون في إعادة تأهيل المرضى النفسانيين.

الإجراءات الاجتماعية

الاختصاصي الاجتماعي

يحتل الاختصاصي الاجتماعي مركزاً أساسياً في العلاج النفساني. ولا تقتصر مهمته على معرفة العوامل الاجتماعية ودورها المهم في حدوث المرض، ولكن تمتد أيضاً لتشمل وعياً أكثر تعقيداً للديناميكية النفسية للبنية الاجتماعية، وخصوصاً العائلة.

ويشتمل عمل الاختصاصي الاجتماعي على نشاطات متنوعة مثل:

١ - جمع المعلومات المختلفة.

٢ - التدخل العلاجي في العلاقات الاجتماعية المرضية، كالمساهمة في علاج العزلة الاجتماعية، وتفادي جعل المريض ضحية للخلافات العائلية، وكذلك في توجيه أزواج المدمنين.

٣ - الدراسة الاجتماعية للحالة: وهي تقنية علاجية يساعد من خلالها الاختصاصي الاجتماعي مريضه على كيفية التعامل مع مشكلاته، وربطها مع واقعه الاجتماعي.

٤ - الاستشارات المباشرة حول مشكلات اجتماعية محددة، مثل المشكلات المالية والأسرية.

٥ - الوقاية من الاضطرابات النفسية والمساهمة في متابعة المرضى.

المجتمعات العلاجية

تعد المستشفيات - بشكل عام - بالنسبة لغالبية المرضى أماكن مرعبة، خصوصاً المستشفيات النفسية، وذلك لأن مبانيها في السابق غالباً ما تكون ضخمة وكئيبة، وأروقتها طويلة وخالية من أي لوحات إرشادية. وفي الحقيقة لو حاول أحد البحث عن طريقة تجعل المريض في حالة أسوأ مما هو عليه لما وجد أنسب من تلك المستشفيات النفسية التقليدية، التي تحط من شأن المرضى، فتجعلهم بلا أسماء ولا هوية، وكذلك تفقدهم صفتهم البشرية. وإنصافاً لأولئك الذين عملوا في تلك المستشفيات، فإنه يجب الإشارة إلى أنه لم تتوافر لديهم العقاقير المهدئة التي تتوافر في هذه الأيام، ولا الدعم والتشجيع سوى

الشيء القليل من بعض المحسنين. وليس من الصحيح افتراض أن طريقة الباب المفتوح(٤١) هي من نتاج القرن العشرين، بل هي في الحقيقة امتداد للطب النفسي الإنجليزي في القرن التاسع عشر. لكن لسوء الحظ كما هي العادة، فإن الأفكار الرائدة كثيراً ما تنسى، ويلزم إعادة اكتشافها من جديد.

ومنذ لحظة تنويم أي شخص في أي مستشفى من تلك المستشفيات، فإن شخصية ذلك الفرد تتعرض للامتهان، لأنه يؤمر بخلع ملابسه والتمدد على السرير، وغيرها من الأمور التي ربما تجعله يبدو وكأنه شخص آخر. وهذه الأمور أقل أثراً عند التنويم في المستشفيات العامة، نظراً لقصر إقامة المريض وسرعة نسيانه لذلك الشعور. أما التنويم في المستشفيات النفسية فربما كان مشؤوماً نظراً لبقاء المريض فيه لفترات طويلة.

وقبل إدراك أهمية العوامل الاجتماعية في التأثير في المرض النفسي، فقد كان الهدف هو جعل المريض متوافقاً بأسرع ما يمكن مع عدد من المعايير السلوكية الاعتباطية، والتي غالباً ما تكون ذات طابع سقيم مناف للعقل. وقد كانت السلطة الإدارية في تلك المستشفيات تنقصها المرونة ولا تقبل النقاش، مما زاد التوتر واحتمالية حدوث العنف. ومنذ ذلك الوقت تعلم المرضى كيف يكيفون، أنفسهم فيصبحون مذعنين جداً، واستمر فقدهم لروح المبادرة والنشاط، خصوصاً مع عزلتهم عن الزوار وقلة النشاطات والبرامج الترفيهية والتعليمية.

وأخيراً فقد تم إدراك أن المجتمع الذي يحيا فيه المريض يمكن أن يكون له دور سلبي أو إيجابي. وفي الوقت الحاضر تجري المحاولات لجعل بيئة المستشفى تحافظ ما

---

(٤١) حيث يكون للمريض المنوم في المستشفى حرية الدخول والخروج إلى قسم التنويم في أي وقت (المترجم).

أمكن على خصوصية المريض، وتستحثه على النشاط والعودة إلى العالم الخارجي. وفيها يتم التأكيد على حرية تبادل الأفكار والتواصل بين الأطباء والمرضين، وكذلك تشجيع حرية النقاش بين المرضى ومعالجيهم، مما يؤدي في النهاية إلى إزالة تلك الحواجز المصطنعة التي لا معنى لها.

وبالطبع فإن جعل المستشفيات تعمل بهذه الطريقة يعني الحاجة لجهد أكبر مع زيادة في المشكلات ومصادر الإزعاج، مقارنة بالمستشفيات التقليدية، التي يبدو عليها الهدوء ظاهرياً، ويديرها مديرون قد فوّضـ ' مهامهم لمن هم دونهم من العاملين. ومع زيادة عبء العمل في الطراز الجديد من المستشفيات فإن الأمل أكبر، والبؤس والتعاسة في انحسار. لأن المرضى يحتاجون إلى الشعور بالأمل والحياة والحركة والنشاط. وفي الغالب أن المرضى النفسانيين يقضون حياتهم في صمت كئيب، ولذلك فإن أي محاولة لمنع حدوث ذلك تعد عملاً علاجياً.

المراجـــع

* Bovill D. (1985). *Tutorial Psychotherapy. MTP,* lancaster.
* Yalom, I. D. (1987) . *G oup Psychotherapy. Basic Books,* New York .

قـراءات إضافيـة

Bloch, S. (1986). *An Introduction to the Psychotherapies.* Oxford University Press, Oxford.

Illich, I. (1975). *Medical Nemesls.* Calder and Boyars, London.

Minuchin, S. (1979). *Families and Family Therapy.* Tavistock, London.

Tennent, T.G. (1980). *Current Trends in Treatment in Psychiatry.* Pitman, London.

ثبت المصطلحات

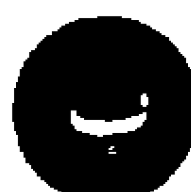
أولاً: عربي – إنجليزي

أ

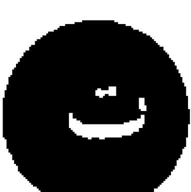
إجهاد	Strss
اختبارات	Tests
اختبار القدرة على التركيز	Concentration testing
اختصاصي اجتماعي	Social worker
اختصاصي نفسي	Psychologist
إخصاء	Castration
أدوية الذهان	Neuroleptics
ارتداء ملابس الجنس الآخر	Transvestism
أزمة الهوية	Identity crisis
إساءة أو اعتداء على الطفل	Child abuse
استئصال الحزام	Cingulotomy
استغلاق الفكر	Thought block
استنشاق المحاليل	Solvent sniffing
إشراط بافلوفي	Pavlovian conditioning
اضطرابات الإدراك	Perception disturbances
اضطرابات الأكل	Eating disorders
اضطرابات التبول والتبرز	Elimination disorders
اضطرابات السلوك	Conduct disorders
اضطرابات النمو	Developmental disorders
اضطرابات النوم	Sleep disorders

Emotional disorders	اضطرابات انفعالية
Psychosexual disorders	اضطرابات جنسية نفسية
Mental disorders	اضطرابات عقلية
Compulsive disorders	اضطرابات قهرية
Affective disorders	اضطرابات وجدانية
Obsessive compulsive disorders	اضطرابات وسواسية قهرية
Attention deficit disorder	اضطراب نقص الانتباه
Rehabilitation	إعادة التأهيل
Mental handicap	إعاقة عقلية
Sexual abuse	اعتداء جنسي
Rape	اغتصاب
Ideas	أفكار
Delusional ideas	أفكار ضلالية
Opiates	أفيون
Depression	اكتئاب
Dysphoria	اكتئاب مصحوب بالقلق
Polyneuritis	التهاب الأعصاب
Encephalitis Lethargica	التهاب الدماغ الوسني
Amphetamines	أمفيتامينات
Sexual deviations	انحرافات جنسية
Orthostatic hypotension	انخفاض الضغط الشرياني عند النهوض
Impulsivity	اندفاعية
Paralytic Ileus	انسداد معوي شللي
Dissociation	انشقاق

اهتداء	Orientation
أهلية الترافع	Fitness to plead
أهلية عمل الوصية	Testamentary Capacity
أيض	Metabolism



باربيتيوريت	Barbiturates
برفرية	Purpura
برود جنسي	Frigidity
بصيرة	Insight
بضع الفص الجبهي	Leucotomy
بؤبؤ العين	Pupil
بؤس - تعاسة	Misery
بنية الجسم	Body build
بيوت العنقاء	Phoenix Houses

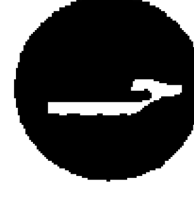


تاريخ شخصي	Personal History
تبولن الدم	Uraemia
تحليل تفاعلي	Transactional analysis
تحليل نفسي	Psychoanalysis
تحويل - طرح	Transference
تخلف	Retardation
تخلف عقلي	Mental Retardation
التداعي الحر	Free association
ترياق	Antidote

تشتت الانتباه	Distractability
تشخيص تفريقي	Differential Diagnosis
تشنج ارتجاجي عضلي	Myoclonus
تشوش	Confusion
تفاعل الإخفاق	Catastrophic reaction
تفكير	Thinking
تقارير المحكمة	Court reports
تكيف	Accomodation
تنفيس انفعالي بواسطة أميتال الصوديوم	Sodium amytal interview
تنفيس أو تفريغ انفعالي	Abreaction
تنمل الجسم	Paraesthesia
تهيج	Agitation
توائم	Twins
توحد	Autism
توهم المرض	Hypochondriasis

جـ

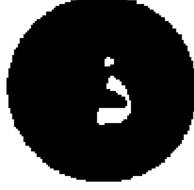
جراحة نفسية	Psychosurgery
جمع تاريخ المرض	History taking
جنسية متخالطة	Trans-sexualism
جنسية مثلية	Homosexuality
جنون دوري	Cyclothymia
جهاز عصبي سمبثاوي (وُدّي)	Sympathetic nervous system
جهاز عصبي باراسبمثاوي (لاوُدّي)	Parasympathetic nervous system



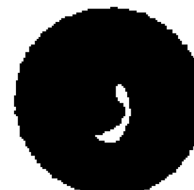
حبسة الكلام	Aphasia
حركة مميزة	Mannerism
حشو (تزييف الأفكار)	Confabulation
حصر قلبي	Heart block



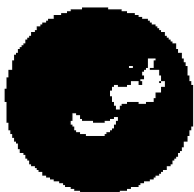
خرف	Dementia
خرف أو عته الشيخوخة	Senile Dementia
خرف كاذب	Pseudodementia
خزل	Paresis
خلل التوتر	Dystonia



ذاكرة	Memory
ذكاء	Intelligence
ذهان	Psychosis
ذهول	Stupor



رأرأة العينين	Nystagmus
رقص هنتنجتون	Huntington's Chorea
رنح	Ataxia
رهاب	Phobia



سادية	Sadism
سحب الحساسية (تطمين تدريجي) (إضعاف تدريجي)	Desensitization

سرير بصري	Thalamus
سلس البول	Enuresis
سلطة كلامية	Word salad
سلوك	Behaviour
سلوك تعلقي	Attachment behaviour
سلوك متعلق بتعاطي الخمر	Drinking behaviour
سلوك متعلق بتعاطي العقاقير	Drug-using behaviour
سن اليأس	Menopause
سيراتونين	Serotonin

ش

شخصية	Personality
شخصية المريض قبل المرض	Premorbid Personality
شرب مشكل	Problem Drinking
شره - ضور	Bulimia
شريان سباتي داخلي (باطني)	Internal carotid artery
شعائر - طقوس	Rituals
شلل جنوي عام (زهري الدماغ)	General paralysis of the insane (GPI)
شلل رعاش	Parkinsonism
شلل عضلات العين	Ophthalmoplegia
شلل مخي	Cerebral Palsy

ص

صرع	Epilepsy
صرع الفص الصدغي	Temporal lobe epilepsy
صلع	Alopecia

ض

ضلالة	Delusion
ضلالة زورانية	Paranoid Delusion
ضيق - ضجر	Distress

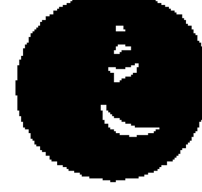
ط

طبيب نفساني	Psychiatrist
طمثي	Menstrual

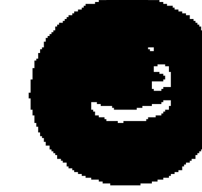
ع

عدم التحكم في البراز	Encopresis
عسر الحركة المتأخر	Tardive dyskinesia
عصاب	Neurosis
عصابية	Neuroticism
عصابية جبلية	Constitutional neuroticism
عضوي	Organic
عقاقير	Drugs
عقاقير ذات تأثير نفسي	Psychotropic drugs
عقاقير منبهة	Stimulant drugs
علاج	Treatment
علاج بالرجفة المحدثة كهربيًا	Electroconvulsive therapy
علاج بالعمل	Occupational therapy
علاج صناعي	Industrial therapy
علاج معرفي	Cognitive Therapy
علاج نفسي	Psychotherapy
علاقة الطبيب بالمريض	Doctor-Patient relationship

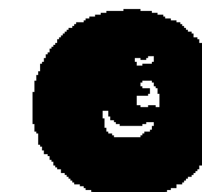
علم النفس المرضي	Psychopathology



غمر	Flooding



فرط التنفس	Hyperventilation
فرق الإعاقة العقلية في المجتمع	Community Mental Handicap Teams
فيتشية	Fetishism
فشل الانتصاب	Erectile failure
فصام	Schizophrenia
فصام البارانويا	Paranoid Schizophrenia
فصام تخشبي	Catatonic Schizophrenia
فعل الجريمة	Actus Reus
فقدان الشعور بالشخصية	Depersonalization
فقدان الشعور بالواقع	Derealization
فك الارتباط الشرطي	Deconditioning
فنيات المقابلة	Interview Techniques
فيتامينات	Vitamines
فيض (رجع) حيوي	Biofeed back



قانون الصحة العقلية	Mental Health Act
قتل الغير	Suicide
قتل النفس	Homicide
قذف	Ejaculation
قطب كهربائي	Electrode

قهم عصابي	Anorexia Nervosa
قلق	Anxiety
قوانين ماكنوتن	MacNaughten Rules

ك

كحول	Alcohol
كحولية	Alcoholism
كوكايين	Cocaine

ل

ليثيوم	Lithium

م

مازوخية (ماسوشية)	Masochism
متلازمة	Syndrome
متلازمة الطفل المتعرض للأذى	Battered child syndrome
متلازمة داون (المنغولية)	Down's syndrome
متلازمة فرط الحركة	Hyperkinetic syndrome
متلازمة كروموسوم (×) الهش	Fragile X syndrome
متلازمة كورساكوف	Korsakov's syndrome
مجتمع علاجي	Therapeutic community
محدثات الهلاوس	Hallucinogenic drugs
مخ	Brain
مدمنو الخمر مجهولو الاسم	Alcoholics Anonymous
مراهقة	Adolescence
مرض ألزهايمر	Alzheimer's Disease
مرض الزهري (السفلس)	Syphilis

مرض بيك	Pick's Disease
مرض فيرنيك الدماغي	Wernicke's Encephalopathy
مرض كروتزفلت	Creutzfeldt's Disease
مريض	Patient
مزاج	Mood
مزدوجة اللاقحة	Dizygotic
مسارات عصبية خارج الهرمية	Extrapyramidal System
مسؤولية جنائية	Criminal Responsibility
مسؤولية متناقصة	Diminished Responsibility
مسكنات	Sedatives
مسكنات أو مفقدات الألم	Analgesics
مسكنات منومة	Hypno-Sedatives
مسنون	Elderly
مشاعر سلبية	Passivity feelings
مضادات الاكتئاب	Antidepressants
مضاد تعاطي الكحول	Disulfiram (Antabuse)
مضاد الكولين	Anticholinergics
معالم النمو المبكرة	Milestones
معتل نفسياً	Psychopath
مغلقات مستقبلات بيتا	Beta Blockers
مقياس ميل هيل اللفظي	Mill Hill Vocabulary Scale
مقياس ميلون الإكلينيكي المتعدد المحاور	Millon Clinical Multiaxial Scale
مقياس مينيسوتا المتعدد الأوجه	Minnesota Multiphasic Personality Inventory
مقياس وكسلر لذكاء البالغين	Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS)

مكسب ثانوي	Secondary Gain
ممارسة جنسية غير شرعية	Promiscuity
منبه سلس البول	Enuresis Alarm
مهدئات	Tranquilizers
مورفين	Morphine
ميثادون	Methadone

ن

نزيف في تجويف تحت الطبقة العنكبوتية في المخ	Subarachnoid haemorrhage
نشاط نفسي حركي	Psychomotor activity
نقص الصفائح الدموية	Thrombocytopenia
نمط جسمي واهن	Asthenic body build
نهم	Binge
نورأدرينالين	Noradrenaline
نوم انتيابي	Narcolepsy

هـ

هذيان	Delirium
هذيان ارتعاشي	Delirium tremens
هزة الجماع	Orgasm
هستيريا	Hysteria
هستيريا تحولية	Conversion hysteria
هلاس	Hallucinosis
هلاوس	Hallucinations
هوس	Mania
هوس اكتئابي	Manic depressive

هوس خفيف	Hypomania
هيبيفرينيا	Hebephrenia
هيروين	Heroin

و

وحيدة اللاقحة	Monozygotic
وذمـــة	Edema
وذمة مخاطية	Myxoedema
وعي	Consciousness
وهم - خداع حسي	Illusion

ي

يرقـــان	Jaundice

ثانيًا: إنجليزي – عربي



Abreaction	تنفيس أو تفريغ انفعالي
Accommodation	تكيّف
Actus Reus	فعل الجريمة
Adolescence	مراهقة
Affective disorders	اضطرابات وجدانية
Agitation	تهيج - هياج - إثارة
Alcohol	كحول
Alcoholics Anonymous (AA)	مدمنو الخمر مجهولو الاسم
Alcoholism	كحولية
Alopecia	صلع (تساقط الشعر) (الحاصّة)
Alzheimer's disease	مرض ألزهايمر
Amphetamines	أمفيتامينات
Analgesics	مسكنات أو مفقدات الألم
Anorexia nervosa	القهم العصابي (فقد الشهية العصبي)
Anticholinergic	مضاد الكولين
Antidepressants	مضادات الاكتئاب
Antidote	ترياق (مضاد تسمم)
Anxiety	قلق
Aphasia	حبسة الكلام
Asthenic body build	نمط جسمي واهن
Ataxia	رنح، ترنح

Attachment behaviour	سلوك تعلقي
Attention deficit disorder	اضطراب نقص الانتباه
Autism	توحد

B

Barbiturates	باربيتيوريت
Battered child syndrome	متلازمة الطفل المتعرض للأذى (المعتدى عليه)
Behaviour	سلوك
Beta blockers	مغلقات مستقبلات بيتا
Binge	نهم
Biofeedback	فيض (رجع) حيوي
Body build	بنية الجسم
Brain	مخ
Bulimia	شره - ضور

C

Castration	إخصاء
Catastrophic reaction	تفاعل الإخفاق
Catatonic schizophrenia	فصام تخشبي (كتاتوني)
Cerebral Palsy	شلل مخي
Choreo - Athetosis	الرقاص القفاع
Child abuse	إساءة إلى الطفل
Cingulotomy	استئصال الحزام
Cocaine	كوكايين
Cognitive Therapy	علاج معرفي

Community Mental Handicap Teams	فرق الإعاقة العقلية في المجتمع
Compulsive disorders	اضطرابات قهرية
Concentration testing	اختبار القدرة على التركيز
Conduct disorders	اضطرابات السلوك
Confabulation	حشو (تزييف) الأفكار والذكريات
Confusion	تشوش - خلط - إرباك - التباس
Consciousness	وعي
Constitutional neuroticism	عُصَابِيّة جِبِلِّيّة
Conversion hysteria	هستيريا تحولية
Court reports	تقارير المحكمة
Creutzfeldt's disease	مرض كروتزفلدت
Criminal responsibility	مسؤولية جنائية
Cyclothymia	جنون دوري

D

Deconditioning	فك الارتباط الشرطي
Delirium	هذيان
Delirium tremens	هذيان ارتعاشي
Delusional ideas	أفكار ضلالية
Delusion	ضلالة
Dementia	خرف، عته
Depersonalization	فقدان الشعور بالشخصية
Depression	اكتئاب
Derealization	فقدان الشعور بالواقع

Desensitization	سحب الحساسية (التطمين التدريجي) الإضعاف التدريجي)
Developmental disorders	اضطرابات النمو
Differential Diagnosis	تشخيص تفريقي
Diminished responsibility	المسؤولية المتناقصة (قصور المسؤولية)
Dissociation	انشقاق
Distractability	تشتت الانتباه
Distress	ضيق وضجر
Disulfiram (Antabuse)	مضاد تعاطي الكحول
Dizygotic	مزدوجة اللاقحة
Doctor- patient relationship	علاقة الطبيب بالمريض
Down's syndrome	متلازمة داون (المنغولية)
Drinking behaviour	سلوك متعلق بتعاطي الخمر
Drug-using behaviour	سلوك متعلق بتعاطي العقاقير
Drugs	عقاقير
Dysphoria	اكتئاب مصحوب بالقلق
Dystonia	خلل التوتر

E

Eating disorders	اضطرابات الأكل
Edema	وذمة
Ejaculation	قذف (إنزال)
Elderly	مسنون
Electroconvulsive therapy (ECT)	علاج بالرجفة المحدثة كهربياً
Electrode	قطب كهربائي

Elimination disorders	اضطرابات التبول والتبرز
Emotional disorders	اضطرابات انفعالية
Encephalitis lethargica	التهاب الدماغ الوسَني
Encopresis	عدم التحكم في البراز
Enuresis	سلس البول
Enuresis Alarm	منبه سلس البول
Epilepsy	صرع
Erectile failure	فشل الانتصاب
Extrapyramidal system	المسارات العصبية خارج الهرمية
Extraversion	انبساط

F

Family Therapy	علاج عائلي
Fetishism	فيتشية
Fitness to plead	أهلية الترافع (الدفاع)
Flight of ideas	تطاير الأفكار
Flooding	غمر
Fragile X Syndrome	متلازمة كروموسوم(×) الهش
Free association	التداعي الحر
Frigidity	برود جنسي

G

General paralysis of the insane (GPI)	شلل جنوني عام (زهري الدماغ)

H

Hallucinations	هلاوس (هلوسات)
Hallucinogens	محدثات الهلاوس
Hallucinosis	هلاس
Heart Block	حصر قلبي
Hebephrenia	هيبيفرينيا (خبل البلوغ)
Heroin	هيروين
History taking	جمع تاريخ المرض
Homecide	قتل الغير
Homosexuality	جنسية مثلية
Huntington's chorea	رقص هنتنجتون
Hyperkinetic syndrome	متلازمة فرط الحركة
Hyperventilation	فرط (سرعة) التنفس
Hypno-sedatives	مسكنات منومة
Hypochondriasis	توهم المرض
Hypomania	هوس خفيف
Hysteria	هستيريا

I

Ideas	أفكار
Identity crisis	أزمة الهوية
Illusion	وهم - خداع حسي
Impulsivity	اندفاعية
Industrial therapy	علاج صناعي

Insight	بصيرة
Intelligence	ذكاء
Internal carotid artery	شريان سباتي داخلي (باطني)
Interview techniques	فنيات المقابلة
J	
Jaundice	اليرقان (الصفار)
K	
Korsakov's syndrome	متلازمة كورساكوف
L	
Leucotomy	بَضْع الفص الجبهي
Lithium	ليثيوم
Lysergic acid (LSD)	عقار (إل. إس. د.) (حمض الليسيرجيك)
M	
MacNaughten Rules	قوانين ماكنوتن
Mania	هوس
Manic depressive (bipolar)	هوس اكتئابي (ثنائي القطب)
Mannerism	حركة مميزة
Masochism	مازوخية (ماسوشية)
Memory	ذاكرة
Menstrual	طمثي
Menopause	اليأس (انقطاع الطمث)
Mental disorders	اضطرابات عقلية
Mental handicap	إعاقة عقلية

Mental Health Act	قانون الصحة العقلية
Mental Retardation	تخلف عقلي
Metabolism	أيض
Methadone	ميثادون
Mile Stones	معالم النمو المبكرة
Mill Hill Vocabulary Scale	مقايس ميل هيل اللفظي
Millon clinical multiaxial inventory	استبانة ميلون الإكلينيكية متعددة المحاور
Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)	مقياس مينيسوتا متعدد الأوجه
Misery	بؤس - تعاسة
Monozygotic	وحيدة اللاقحة
Mood	مزاج
Morphine	مورفين
Myocardial Infarction	احتشاء عضلة القلب
Myxodemeda	وذمة مخاطية
Myoclonus	تشنج ارتجاجي عضلي (رمح عضلي)

N

Narcolepsy	نوم انتيابي
Neuroleptics	أدوية النهان
Neurosis	عصاب (أمراض عصابية)
Neuroticism	عصابية
Noradrenaline	نورأدرينالين

O

Obsessional (compulsive)disorders	اضطرابات وسواسية (قهرية)
Occupational therapy	العلاج بالعمل
Ophthalmoplegia	شلل عضلات العين
Opiates	أفيون
Organic	عضوي
Organic syndromes	متلازمة عضوية
Orgasm	هزّه الجماع
Orientation	اهتداء
Orthostatic Hypotention	انخفاض الضغط الشرياني عند النهوض

P

Paraesthesia	تنمل الجسم
Paralytic ileus	انسداد معوي شللي
Paranoid delusions	ضلالة زورانية (بارانويه)
Paranoid schizophrenia	فصام زوراني (البارانويا)
Parasympathetic	لاوُدِّي (نظير السمبثاوي)
Paresis	خزل (شلل خفيف)
Parkinsonism	شلل رعَّاش
Passivity feelings	مشاعر سلبية
Patient	مريض
Pavlovian conditioning	إشراط بافلوفي
Pellagra	بيلاجرا (حصَاف)
Perception disturbances	اضطرابات الإدراك (الحسي)

Personal history	تاريخ شخصي
Personality	شخصية
Phobias	رُهاب (مخاوف مرضية)
Phoenix Houses	بيوت العنقاء
Pick's disease	مرض بيك
Polyneuritis	التهاب الأعصاب
Premorbid Personality	شخصية المريض قبل المرض
Problem drinking	الشرب المشكل
Promiscuity	ممارسة جنسية غير شرعية
Pseudodementia	خرف أو عته كاذب
Psychiatrist	طبيب نفساني
Psychoanalysis	تحليل نفسي
Psychologist	اختصاصي نفسي
Psychomotor activity	نشاط نفسي حركي
Psychopathology	علم النفس المرضي
Psychopaths	معتل نفسياً (سيكوباتي)
Psychoses	ذهان
Psychosexual disorders	اضطرابات جنسية نفسية
Psychosurgery	جراحة نفسية
Psychotherapy	علاج نفسي
Psychotropic drugs	عقاقير ذات تأثير نفسي
Pupil	بؤبؤ العين
Purpura	بُرفرية

R

Rape	اغتصاب
Rehabilitation	إعادة التأهيل
Retardation	تخلف - تعوّق
Rituals	طقوس

S

Sadism	سادّية
Schizophrenia	فصام
Secondary gain	مكسب ثانوي
Sedatives	مسكنات
Senile dementia	خرف أو عته الشيخوخة
Serotonin	سيراتونين (ناقل عصبي)
Sexual abuse	اعتداء جنسي (اغتصاب)
Sexual deviations	انحرافات جنسية
Sleep disorders	اضطرابات النوم
Social workers	اختصاصي اجتماعي
Sodium amytal abreaction	تنفيس انفعالي باستخدام أميتال الصوديوم
Solvent sniffing	استنشاق المحاليل
Stimulant drugs	عقاقير منبهه
Stress	إجهاد
Stupor	ذهول
Subarachnoid Haemorrhage	نزيف في تجويف تحت الطبقة العنكبوتية في المخ
Suicide	قتل النفس (انتحار)

Sympathetic system	الجهاز العصبي السمبثاوي (الودّي)
Syndrome	متلازمة (مجموعة أعراض وعلامات مرضية)
Syphilis	الزهري (السفلس)

T

Tardive dyskinesia	عُسر الحركة المتأخر
Temporal lobe epilepsy (TLE)	صرع الفص الصدغي
Testamentary capacity	أهلية عمل الوصية
Tests	اختبارات
Thalamus	السرير البصري (المهاد)
Therapeutic community	مجتمع علاجي
Thinking	تفكير
Thought plock	استغلاق الفكر
Thrombocytopenia	نقص الصفائح الدموية
Tranquillizers	مهدئات
Transactional analysis	تحليل تفاعلي
Transference	تحويل - طرح
Trans-sexualism	جنسية متخالطة
Transvestism	ارتداء ملابس الجنس الآخر
Treatment	علاج
Twins	توائم

U

Uraemia	تبولن الدم

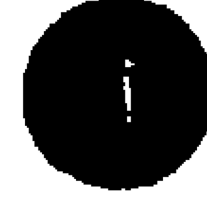


Vitamins	فيتامينات



Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS)	مقياس وكسلر لذكاء البالغين
Wernicke's encephalopathy	مرض فيرنيك الدماغي
Word salad	سلطة كلامية

كشاف الموضوعات



ب

المؤلف في سطور

د. طارق بن علي الحبيب

حصل على بكالوريوس الطب والجراحة من كلية الطب بجامعة الملك سعود ثم واصل دراساته العليا وحصل على العديد من الشهادات العليا في الطب النفسي من السعودية وإيرلندا وبريطانيا. وتتركز اهتماماته العلمية في علاج الاضطرابات الوجدانية وفي مهارات التعامل مع الضغوط النفسية وفي علاقة الدين بالصحة النفسية.

يعمل حالياً:

* استشاري وأستاذ الطب النفسي المشارك ورئيس قسم الطب النفسي في كلية الطب والمستشفيات الجامعية بجامعة الملك سعود بالرياض.
* مستشار ورئيس قسم الطب النفسي بمدينة سلطان بن عبد العزيز للخدمات الإنسانية بالرياض.
* أستاذ متعاون وممتحن لطلاب الدبلوم العالي والماجستير والدكتوراه بكلية الطب بجامعة عين شمس بجمهورية مصر العربية.
* مستشار ورئيس عيادات الطب النفسي والعلاج السلوكي وعلاج الإجهاد في مركز النخبة الطبي الجراحي بالرياض.
* مستشار لجنة الطب النفسي والعلاج الروحي في الاتحاد العالمي للطب النفسي.
* محكم علمي معتمد للأبحاث العلمية المنشورة في المجلة العلمية لمنظمة الصحة العالمية في منطقة حوض البحر الأبيض المتوسط، وكذلك في العديد من المجلات الطبية النفسية الأخرى.
* له العديد من الأبحاث العلمية المنشورة محلياً وعالمياً وعضو في العديد من الجمعيات والاتحادات الطبية النفسية العربية والعالمية.
* له العديد من المؤلفات والتي قد اعتمد بعضها مرجعاً علمياً في كليات الطب في بعض الجامعات العربية في السعودية ومصر والإمارات والسودان.

الطب النفسي المبسط

دكتور
طارق بن علي الحبيب

مؤسسة حورس الدولية

المؤلف في سطور

أ.د. طارق بن علي الحبيب

حصل على بكالوريوس الطب والجراحة من كلية الطب بجامعة الملك سعود ثم واصل دراساته العليا وحصل على العديد من الشهادات العليا فى الطب النفسي من السعودية وأيرلندا وبريطانيا وتتركز إهتماماته العلمية في علاج الاضطرابات الوجدانية وفي مهارات التعامل مع الضغوط النفسية وفي علاقة الدين بالصحة النفسية

يعمل حاليا

- استشارى وأستاذ الطب النفسي المشارك ورئيس قسم الطب النفسي في كلية الطب والمستش... الجامعية بجامعة الملك سعود بالرياض
- مستشار ورئيس قسم الطب النفسي بمدينة سلطان بن عبد العزيز للخدمات الإنسانية ...
- أستاذ متعاون وممتحن لطلاب الدبلوم العالي والماجيستير والدكتوراه بكلية الطب بجامع... شمس بجمهورية مصر العربية
- مستشار ورئيس عيادات الطب النفسي والعلاج السلوكي وعلاج الإجهاد في مركز النخبة... الجراحي بالرياض
- مستشار لجنة الطب النفسي والعلاج الروحي في الإتحاد العالمي للطب ال...
- محكم علمى معتمد للأبحاث العلمية المنشورة في المجلة العلمية لمنظمة الصحة العالمية ... حوض البحر الأبيض المتوسط وكذلك في العديد من المجلات الطبية النفسية...
- له العديد من الأبحاث العلمية المنشورة محليًا وعالميًا وعضو في العديد من الجمعيات... الطبية النفسية العربية والعالمية
- له العديد من المؤلفات والتي قد اعتمد بعضها مرجعًا علميًا في كليات الط... العربية في السعودية ومصر والإمارات والسودان



مؤسسة حورس الدولية
طباعة . نشر . توزيع
١٤٤ ش طيبة ـ سبورتنج ـ الإسكندرية ت: ٠٠٢٠٣٥٩٣٠٥٩٨ ف: ٠٠٢٠٣٥٩٢٢١٧١ ٠١٢٢٣٢٩٣٦٢٨
Email: horus.alex2007@yahoo.com horus.alex@hotmail.com

